

**A (DES)COMPLEXIFICAÇÃO DE UM MUNDO CENSURADO: A
SEXUALIDADE DE INDIVÍDUOS COM DIVERSIDADE
FUNCIONAL AOS OLHOS DOS/AS PROFISSIONAIS**

Fabiana Cristina Sacramento de Sá

junho, 2017

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Conceição Nogueira** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Doutora Conceição Nogueira, por me ter sempre incentivado e nunca me ter deixado cair. Por me ter mostrado sempre o caminho certo e me ter dado o empurrão para o seguir.

Ao Professor Doutor Miguel Cameira, por ter sido uma bússola nesta minha jornada. Por se ter mostrado sempre disponível e compreensivo. Por ter sido um professor que marcou sempre pela positiva, desde o primeiro até ao último ano.

À Professora Doutora Sara Magalhães, pela disponibilidade que sempre demonstrou. Pelos conselhos e conhecimento.

Ao Professor Doutor Nuno Carneiro, pelas críticas constantes e conselhos. Por me ter ensinado a ver noutras perspetivas.

À Doutora Lurdes Fesch, por ter sido um enorme auxílio na génese deste trabalho. Por ter acreditado que seria possível.

À Catarina Costa, por ser aquela que permanece(rá) sempre. Por ter sempre puxado por mim e me ter dado forças para continuar. Por continuarmos juntas e fazermos este percurso lado a lado.

À Catarina Ferreira, pela ajuda e orientação constante. Por nunca me ter deixado na mão quando eu mais precisava e, acima de tudo, por ser uma amiga insubstituível.

À minha família, pelo apoio ao longo de toda a minha vida. Principalmente aos meus pais, por me terem sempre deixado seguir os meus sonhos.

Ao meu Rui, por ser o meu porto de abrigo. Por me ter amparado sempre que os meus receios vinham ao de cima e fazer com que tudo se tornasse simples.

Às minhas colegas de seminário, pela partilha constante: Não só de receios, como de alegrias!

Aos meus mais próximos da faculdade, por ao longo destes anos me terem dado de si tanto quanto eu lhes dei de mim. A 2012 e à família que construí. Com vocês, este caminho alaranjado foi (e continuará a ser) marcante.

Aos/Às profissionais, pois sem eles/as este estudo nunca poderia ir avante. Pela sua receptividade e abertura. Por me terem deixado entrar no seu mundo laboral e, desta maneira, me permitirem ver com outros olhos a sexualidade na deficiência.

Resumo

A sexualidade é uma componente multidimensional do desenvolvimento humano, refletindo-se numa necessidade de amor, intimidade e relações com os outros (Parchomiuk, 2012). No entanto, muitas são as pessoas que sofrem uma certa estigmatização relativa a esta temática (Rubin, 1984). A sexualidade é vista como sendo exclusiva de determinados grupos, tais como os de sujeitos sem deficiência (Esmail, Darry, Walter, & Knupp, 2010). Muitas vezes os indivíduos com deficiência assimilam conhecimentos sexuais graças à equipa que trabalha junto deles (Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012), por serem as pessoas com quem estes passam mais tempo.

Tendo em conta as diferentes conclusões a que se foi chegando ao longo de diversas pesquisas, o principal objetivo deste estudo passa por compreender as atitudes dos/as profissionais que trabalham com estes indivíduos e quais as suas características pessoais. Trata-se de um estudo misto (Günther, 2006), de carácter transversal, exploratório e descritivo (Given, 2008). Recorreu-se à utilização dos itens do *Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)* e de dois itens retirados de uma dissertação de mestrado (Fernandes, 2014), no caso da análise quantitativa; e construiu-se uma entrevista semiestruturada, no que concerne à análise qualitativa.

Os resultados obtidos permitiram aferir que, em geral, os/as profissionais visualizam com maior positividade tópicos interligados à Educação e Prevenção. Além disso, profissionais com idades e sexos desiguais não terão diferenças significativas nas suas atitudes; também o facto de ter ou não um familiar com deficiência não influencia as mesmas. Por outro lado, o nível escolar, a profissão e a formação em sexualidade têm efeito nas atitudes, sendo as duas primeiras características as que demonstram maior efeito.

Como estudos futuros, sugere-se a aplicação das mesmas escalas aos pais e outros familiares destes indivíduos, tal como à população em geral. Também se propõe o acrescento e análise de mais características sociodemográficas (e.g., religião); e a análise de características não utilizadas, como o estado civil.

Palavras-chave: Sexualidade; Deficiência; Estigmatização; Profissionais

Abstract

Sexuality is a dimensional component of the human development, reflecting in a need of love, intimacy and relationships with others (Parchomiuk, 2012). However, a lot of people suffer from a certain stigmatization in relation to this theme (Rubin, 1984). Sexuality is seen as exclusive to some groups, like people without a disability (Esmail, Darry, Walter, & Knupp, 2010). People with disabilities often assimilate sexual knowledge thanks to the team that works with them (Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012), because they are the people with whom they spend most of the time.

Taking into account the different conclusions that have been reached in the course of several surveys, the main goal of this study is to understand the attitudes of the professionals who work with these individuals, and which are their personal characteristics. This is mixed study (Günther, 2006), of transversal character, exploratory and descriptive study (Given, 2008). We used items from the *Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)* and two itens taken from a master's thesis (Fernandes, 2014), for the quantitative analysis; and we built a semi-structured interview for the qualitative analysis.

The obtained results let us gauge that, in general, the professionals see with more positivity the topics interconnected with education and prevention. Besides, professionals with different age and gender don't have significant differences in their attitudes; also, the fact that having or not a relative with disability have no influence in them. On the other hand, the school level, the job and the training in sexuality have effects on the attitudes, being the first two characteristics the ones which show more effect.

For future studies, we suggest the application of the same scales for parents and other relatives of these individuals, as much as for the general population. We also propose to add and analyze more sociodemographic characteristics (e.g., religion); and the analysis of non-utilized characteristics, like the marital status.

Key-words: Sexuality; Disability; Stigmatization; Professionals

Résumé

La sexualité est une composante multidimensionnelle du développement humain, et elle se reflète dans une nécessité d'amour, intimité et relations avec les autres (Parchomiuk, 2012). Cependant, plusieurs personnes souffrent d'une certaine stigmatisation à ce sujet (Rubin, 1984). La sexualité est vue comme étant exclusive à des groupes déterminés, comme les sujets sans handicap (Email, Darry, Walter, & Knupp, 2010). Souvent, les personnes avec handicap assimilent les connaissances sexuelles grâce à l'équipe travaillant avec eux (Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012), car elles sont les personnes avec qui ils passent plus de temps.

Tenant compte des différentes conclusions auxquelles on est parvenu au fil des diverses recherches, l'objectif principal de cette étude est de comprendre les attitudes des professionnels qui travaillent avec ces individus et quelles sont ses caractéristiques personnelles. Il s'agit ici d'une étude conjointe (Günther, 2006), à caractère transversal, exploratoire et descriptive (Given, 2008). Ayant recouru à l'utilisation d'éléments du *Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)* et de deux éléments sélectionnés dans une dissertation de mémoire (Fernandes, 2014), dans le cas d'analyse quantitative ; et construit une entrevue semi-structurée, pour ce qui concerne l'analyse qualitative.

Les résultats obtenus ont permis de relever que, en général, les professionnels regardent avec plus de positivité les sujets interconnectés à l'éducation et prévention. De plus, les professionnels avec âges et sexe différents n'ont pas de différences significatives dans ses attitudes ; aussi, le fait d'avoir ou non un membre de la famille ayant un handicap n'a pas d'influence. En revanche, le niveau scolaire, la profession et la formation en sexualité ont un effet sur les attitudes, et les deux premières caractéristiques démontrent un plus grand effet.

Dans les études futures, il est suggéré l'application des mêmes échelles aux parents et aux autres membres de la famille de ces individus, ainsi qu'à la population en général. Il est également proposé l'ajout et l'analyse d'autres caractéristiques sociodémographiques (ex., la religion); et l'analyse de caractéristiques non utilisées, comme l'état civil.

Mots-clés : Sexualité ; Handicap ; Stigmatisation ; Professionnels

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico	
1.1. A Sexualidade	3
1.1.1. A sexualidade no desenvolvimento humano.....	3
1.1.2. A estigmatização da sexualidade	3
1.2. A Diversidade Funcional	4
1.2.1. A estigmatização de pessoas com diversidade funcional.....	5
1.3. A Sexualidade e a Diversidade Funcional.....	6
1.3.1. A sexualidade nas pessoas diversidade funcional.....	6
1.3.2. Estigmatização da sexualidade de pessoas com diversidade funcional	10
II. Estudo Empírico	
2.1. Hipóteses e Questões de Investigação	15
2.2. Método.....	16
2.2.1. Participantes.....	16
2.3. Instrumentos de Recolha de Dados	17
2.3.1. Análise quantitativa: ASQ-ID.....	18
2.3.2. Análise qualitativa: Entrevista semiestruturada	21
2.4. Método de Recolha de Dados	22
2.5. Método de Análise de Dados	22
III. Resultados e Discussão	
3.1. Análise Preliminar	24
3.2. Influência dos Fatores Sociodemográficos.....	26
3.2.1. A idade como influenciadora	26
3.2.2. O nível escolar como influenciador	26
3.2.3. A profissão como influenciadora	27
3.2.4. O sexo como influenciador	29
3.2.5. A existência de um familiar com deficiência como influenciador.....	29
3.2.6. A formação em sexualidade como influenciador.....	30
IV. Conclusões e Reflexões Finais	
4.1. Considerações acerca dos Resultados Obtidos	32

4.2. Limitações Metodológicas	34
4.3. Sugestões para Futuras Investigações	34
Referências Bibliográficas	39

Índice de Anexos

Anexo A. Tabela de variância total explicada obtida através da análise fatorial

Anexo B. Gráfico *scree plot* obtido através da análise fatorial

Anexo C. Resultados obtidos através da análise paralela

Anexo D. Variância total explicada obtida através da análise fatorial

Índice de Apêndices

Apêndice A. Questionário aplicado aos/às Profissionais

Apêndice B. Protocolo do Guião da Entrevista

Apêndice C. Termo de Consentimento Informado

Apêndice D. Dados Sociodemográficos dos Entrevistados

Apêndice E. Sistema de Categorias e Definição Operacional

Índice de Quadros

Quadro 1. Fatores finais e respetivos itens, obtidos através da análise fatorial

Índice de Tabelas

Tabela 1. Matriz de componente rotativa, obtida através de análise fatorial

Abreviaturas

IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
CRPG	Centro de Reabilitação Profissional de Gaia
APPACDM	Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
ARCIL	Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã
MADI	Movimento de Apoio ao Diminuído Intelectual
AAJUDE	Associação de Apoio à Juventude Deficiente
CASCI	Centro de Ação Social do Concelho de Ílhavo
CEFPI	Centro de Educação e Formação Profissional Integrada
APPC	Associação do Porto de Paralisia Cerebral
CERCI	Cooperativas de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados
ASQ-ID	<i>Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)</i>
ACP	Análise de Componentes Principais

Introdução

A sexualidade é um dos aspetos fulcrais que contribui para o equilíbrio psicossomático e para o desenvolvimento absoluto do ser humano (Almeida, s.d.). No entanto, torna-se difícil falar sobre ela devido a estar envolta numa encruzilhada de valores morais, de influenciadores comportamentais, de hábitos e costumes sociais (Nunes, 2005). Apesar disso importa frisar que todos nós vivemos num ambiente sexualizado, estando a sexualidade presente em todas as esferas da nossa vida (idem). Assim sendo, a sexualidade está relacionada com a reprodução, que é tradicionalmente o objetivo final dos casais; porém, a reprodução e o comportamento sexual não são sinónimos. Desta maneira, as pessoas não devem aprender apenas acerca da sexualidade, mas também sobre relações sexuais (Cole & Cole, 1993).

Na nossa cultura, este tema está repleto de discriminação e preconceito sendo que, quando interligamos a sexualidade à deficiência, a discriminação passa para outro nível (Albuquerque & Ramos, 2007). No caso de indivíduos com deficiência, esta atitude pode ter início já na adolescência: Como são pessoas socialmente isoladas (Waxman, 1991) e não passam pelas experiências normais de socialização desta fase (Saxe & Flanagan, 2014), podem sentir, na idade adulta, alguma confusão relativamente à sua identidade (Mona, Gardos, & Brown, 1994). Além disso, são sempre vistas como crianças, como sendo sexualmente inocentes ou como crianças com impulsos sexuais aos quais não conseguem responder (Hingsburger & Tough, 2002).

Muitas são as pessoas que contactam com a população com diversidade funcional, nomeadamente familiares mais próximos (e.g., pais) e mais afastados (e.g., primos/as), amigos/as, conhecidos/as, funcionários/as das instituições, entre outros. Assim, formula-se a pergunta: tendo em conta que também os indivíduos deficientes são seres sexuais, como será que a população vê esta esfera das suas vidas?. A par desta questão, salienta-se que existem diversas pesquisas relacionadas com a mesma, analisando principalmente a perspetiva dos pais, dos/as profissionais ou da população em geral. Este estudo foca-se especificamente no testemunho das equipas de profissionais, por se considerarem peças essenciais no dia-a-dia destas pessoas e por serem, fundamentalmente, aqueles/as que passam mais tempo com estes indivíduos quando institucionalizados. Apesar desta escolha, importa lembrar que não são apenas as atitudes dos/as *caregivers* e da equipa de suporte que importam, mas também as da população em geral, pois demonstram o nível de

aceitação, consciencialização e suporte relativamente a esta área da vida das pessoas com diversidade funcional (Gilmore & Chambers, 2010).

Recorreu-se ao uso de itens constituintes de uma escala, mais propriamente a *Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)* (ASQ-ID), e de dois itens retirados de uma dissertação de mestrado (Fernandes, 2014). Este questionário e itens foram selecionados devido a explorarem muitas das temáticas espelhadas na literatura encontrada e a serem relativamente recentes. Isto permite não só conjugar e contrastar a investigação já existente com este estudo, como também utilizar instrumentos que estão significativamente atualizados. Utilizou-se também como recurso uma entrevista semiestruturada, de forma a possibilitar aos/às sujeitos/as que se expressem de forma mais profunda (Yin, 2012).

A amostra de dados quantitativos é constituída por 218 participantes de 15 diferentes instituições, escolhidas por se terem demonstrado disponíveis para responder ao questionário construído. Já a amostra de dados qualitativos é composta por 10 entrevistados/as de três dessas mesmas instituições, a quem se sugeriu fazer uma entrevista igualmente por se mostrarem disponíveis e predispostos/as para tal. Acrescenta-se ainda que todos os entrevistados/as responderam primeiramente ao questionário.

Este estudo divide-se em quatro grandes capítulos: no capítulo I faz-se um enquadramento teórico, descrevendo os vários temas cruciais para a compreensão da investigação, tais como a sexualidade, a diversidade funcional, a estigmatização da sexualidade, a estigmatização da diversidade funcional, a sexualidade na diversidade funcional e, finalmente, a estigmatização da sexualidade na diversidade funcional. No capítulo II há uma descrição do estudo empírico, no qual é redigido como o estudo foi concebido e desenvolvido. No capítulo III procede-se à descrição, análise e posterior discussão de resultados, tecendo ao longo do mesmo conclusões e corroborando-as ou refutando-as com a literatura encontrada. No capítulo IV parte-se para as considerações finais, mencionando e refletindo acerca das conclusões a que se chegou, acrescentando as limitações encontradas e dando sugestões para investigações futuras associadas ao mesmo tema.

I. Enquadramento Teórico

As pessoas com deficiência são pessoas, e as pessoas são sexuais.
(Comfort, 1975, citado em Anderson & Kitchin)

1.1. A Sexualidade

1.1.1. A sexualidade no desenvolvimento humano.

A sexualidade é uma propriedade da individualidade humana, vista como uma componente multidimensional do seu funcionamento e incluindo aspetos psicológicos e fisiológicos (Strauss, 1991): Envolve comportamentos, emoções, conhecimentos e crenças (World Health Organization, 1975). Assim, as necessidades e expressões de sexualidade são únicas para cada indivíduo, sendo influenciadas pelo género, idade, personalidade, socialização e etnia (idem). Sendo um domínio fulcral do ser humano, refere-se ainda a identidade, papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, reprodução e identidade sexual (World Health Organization, 2004, citado em Parker, 2012). O desenvolvimento da sexualidade tem início na infância e vai-se expandindo ao longo da vida (Murphy & Young, 2005). Neste sentido, a saúde sexual está diretamente ligada ao estado físico, mental, emocional e social de um indivíduo relativamente à sua sexualidade (World Health Organization, 2004, citado em Parker, 2012).

1.1.2. A estigmatização da sexualidade.

Antigamente, as populações cristãs consideravam o sexo como algo negativo, destrutivo, perigoso e pecaminoso – a não ser o praticado dentro do casamento ou com o objetivo de procriar –, o que levou a que certas sociedades o vissem com suspeita (Rubin, 1984). Conflitos contemporâneos acerca de valores sexuais e comportamentos de cariz erótico estão aliados a discussões religiosas mais antigas, detendo bastante simbolismo. Assim, discussões relacionadas com a conduta sexual eram, diversas vezes, o ponto de partida para o despoletar de ansiedade sociais, descarregando, desta maneira, a sua intensidade social (idem). Neste seguimento, o estigma e o preconceito podem afetar as minorias sexuais (Herek, 2007).

Como exemplo de um caso de estigmatização tendo em conta uma minoria sexual, tem-se o estudo de Smith, Johnson, e Guenther (1985), no qual se depreendeu que mulheres lésbicas ou bissexuais queixaram-se que os/as profissionais de saúde lhes responderam de forma inapropriada, envergonhados/as, ou levantando-se e saindo da sala de atendimento quando se aperceberam da sua orientação sexual. No entanto, não se experiencia estigmatização sexual apenas quando se faz parte de um grupo sexual minoritário ou mesmo quando se tem infeções sexualmente transmissíveis (IST).

1.2. A Diversidade Funcional

A diversidade funcional, popularmente denominada de “deficiência”, trata-se de uma perda e/ou alteração de uma estrutura ou de uma função fisiológica, anatómica ou psicológica. Esta perda leva a uma incapacidade, a limitações totais ou parciais para a concretização de uma atividade considerada normal para o ser humano e a uma desvantagem que limita ou impossibilita o envolvimento da pessoa nas várias áreas da vida quotidiana. Desta forma há uma abordagem da natureza corporal e individual do problema, sendo que a desvantagem está mais ligada aos problemas de nível social. Assim, as pessoas com deficiência têm necessidade de lutar contra barreiras sociais e sexuais (World Health Organization, 1980; World Health Organization, 2001).

Tal como a sexualidade, a deficiência é um construto multidimensional, complexo e cultural da vida da população, o qual pode ser visto de múltiplas maneiras, tendo em conta as experiências individuais e culturais, as agências que suportam as pessoas com deficiência e a perceção social das mesmas (Parker, 2012). Acrescenta-se ainda que os/as sujeitos/as com diversidade funcional podem ter bastantes limitações em atividades importantes do seu dia-a-dia (e.g., cuidados pessoais, tarefas manuais, ver, ouvir, caminhar, comunicar, pensar, concentrar-se e trabalhar) e podem ter um historial de deficiência (e.g., doença mental, cancro, abuso de substâncias) (Americans with Disabilities Act, 2009, citado em Parker, 2012).

Quando estas incapacidades surgem enquanto crianças, a aprendizagem e desenvolvimento processa-se de forma mais lenta em relação a crianças com inteligência média e capacidades adaptativas (Centers for Disease Control & Prevention, 2012). Mona, Gardos, e Brown (1994) perceberam que quem nasce com um défice ou quem o desenvolve em idades bastante precoces pode vivenciar diferentes emoções – porque

viveram num meio social em que sempre foram as “pessoas deficientes” – dos indivíduos que passam a tê-lo mais tarde. Isto faz com que se confrontem com o seu próprio ajustamento a uma nova forma de viver: devem modificar as componentes físicas, psicológicas e emocionais da sua identidade sexual, o que pode ser muito difícil para alguns/algumas sujeitos/as, mas simples para outros/as. Assim, podem sentir frustração, depressão e ansiedade, sendo que certas pessoas continuam a tentar viver como se fossem “normais”, enquanto outras entregam-se ao seu novo estatuto (idem). No entanto, as normas sociais de beleza, poder e produtividade demonstram-se desafios para estes indivíduos, que estão ainda a tentar adaptar-se de forma positiva à sua sexualidade, o que faz com que seja difícil tentarem viver como se fossem “normais” (Giulio, 2003). Acrescenta-se ainda que a estima sexual, a estima corporal e a satisfação sexual são preditores positivos da auto-estima e negativos da depressão em pessoas com algum tipo de deficiência (Taleporos & McCabe, 2002).

1.2.1. A estigmatização de pessoas com diversidade funcional.

As pessoas têm um nível de funcionalidade diferente tendo em conta os momentos e os contextos em que estão inseridas, diferindo o tipo de funcionamento conforme a atividade que está a ser realizada. Desta forma, os/as atletas funcionam com um grande nível de capacidade física e cognitiva, os/as cientistas com um grande nível de capacidade cognitiva e os/as artistas com capacidade criativa, sensorial e motora. Caso qualquer um destes/as sujeitos/as falhe na sua *performance*, a população em geral tem tendência para perdoar e não julgar devido aos seus sucessos, apesar de muitas vezes os sucessos serem resultado dos seus défices (Patston, 2007).

Com base num modelo médico ou social, consideram-se as pessoas como debilitadas ou com diversidade funcional tendo em conta a diferença de uma noção social sobre o que é ser não-debilitado/a e não-diverso/a funcionalmente: Se a pessoa é capaz de caminhar, não tem diversidade funcional; se não é capaz, é vista como tendo diversidade funcional. No entanto, esta maneira de classificar não é correta, visto que não tem em conta o contexto em que os/as sujeitos/as estão inseridos. Um exemplo disso seria se um indivíduo que não é um atleta olímpico viesse a participar nos jogos olímpicos; neste contexto, ele seria visto como debilitado comparativamente aos/as atletas de alta competição (idem).

O medo da morte quando há um confronto com indivíduos com diversidade funcional, o condicionamento sociocultural, as influências adquiridas na infância e o tipo

de deficiência são variáveis que influenciam as atitudes das pessoas relativamente a estes/as sujeitos/as. No que concerne à última variável, esta é das que tem maior peso, na medida em que a população em geral visualiza de maneira mais positiva indivíduos com deficiência física, baseando-se em princípios de controlabilidade e estabilidade. Ou seja, se a doença foi adquirida por acidente ou própria culpa e qual o nível de estabilidade das causas da doença (Mona, Gardos, & Brown, 1994; Hasson-Ohayon, Hertz, Vilchinsky, & Kravetz, 2014). O facto de a deficiência ser visível ou não vai influenciar a maneira como se perspectivam estas pessoas: Indivíduos que usam uma cadeira de rodas ou estão amputados têm um défice mais visível do que indivíduos com deficiências neurológicas ou problemas psiquiátricos. Estes últimos não são automaticamente estigmatizados, ao contrário dos/as sujeitos/as com deficiência óbvia; mas são rejeitados, humilhados e reprovados socialmente. Isto faz com que, por exemplo, estes/as sujeitos/as nunca tentem iniciar relações amorosas de maneira a protegerem-se (Davis, 2005).

A sexualidade é, assim, vista como um privilégio das pessoas que são heterossexuais, de cor branca, jovens, solteiras e sem deficiência (Esmail, Darry, Walter, & Knupp, 2010). Desta forma, é possível concluir-se que há uma tendência para etiquetar, definir e descrever os outros pelos seus défices devido ao próprio medo de perder funcionalidades (Patston, 2007).

1.3. A Sexualidade e a Diversidade Funcional

1.3.1. A sexualidade nas pessoas com diversidade funcional.

Normalmente existe alguma relutância na discussão do tópico da sexualidade, sendo que se torna ainda mais sensível quando está relacionado com uma deficiência neurológica (Strauss, 1991). Há um foco cada vez maior no desempenho sexual, o qual pode gerar um comportamento sexual pouco adequado devido à crença no término da sexualidade destes indivíduos (Cardoso, 2004). Todavia, a resposta sexual saudável de uma pessoa com deficiência pode ser mais variável e adaptativa de acordo com as suas necessidades e circunstâncias específicas, comparando às de pessoas sem deficiência. Isto não implica que essa mesma resposta seja menos satisfatória, ainda que, segundo os esquemas sexuais atuais, as respostas sejam disfuncionais. Na verdade, elas podem ser bastante elevadas para o indivíduo em questão (Giulio, 2003). Assim, quando temos como base o modelo de Masters e Johnson (1966), a resposta sexual é diagnosticada como

sexualmente disfuncional apenas devido ao facto da pessoa ter uma disfunção. Desta maneira, se se tiver em conta os *standards* de diagnóstico típico, a disfunção sexual estará sempre relacionada com a posse de um défice. Ou seja, a “deficiência” é um dos fatores que influencia a forma como a resposta sexual de determinada pessoa é considerada “normal” e satisfatória pela mesma (citado em Giulio, 2003).

A importância dada à sexualidade apenas se altera no caso da formação de crenças de auto-restrição sexual relacionadas com o medo de piorar o estado de saúde ou quando se vê o prazer sexual como algo inadequado. Os processos fisiológicos, juntamente com os mecanismos cognitivos, vão influenciar o desejo sexual e, desta maneira, potenciar um possível envolvimento sexual. Na perspetiva destas pessoas, o seu desejo sexual diminuiu após a deficiência – no caso de esta não ser congénita – devido à interiorização de atitudes de dessexualização, de mudanças na imagem corporal, de alterações nos sentimentos de atratividade pessoal e auto-estima e efeitos da medicação (Cardoso, 2004). Indivíduos como estes têm uma capacidade erétil e lubrificação vaginal normal, existindo somente uma alteração na sua qualidade devido à principal influência de fatores psicológicos (idem). No que diz respeito à satisfação sexual, esta decresce após a perceção do problema, correlacionando-se com o decréscimo da atividade sexual (Dunn, Croft, & Hackett, 2000) e com a incapacidade de praticar o coito (Kreuter, Sullivan, & Siösteen, 1996). Isto verificou-se em descobertas realizadas por investigadores/as, que concluíram que 95% das pessoas sem deficiência são sexualmente ativas enquanto apenas 50% das pessoas com deficiência também o são (Vansteenwegen, Jans, & Arlynn, 2003).

Indivíduos com deficiência intelectual interpretam erradamente pistas comportamentais no contexto social relativamente à expressão da sua sexualidade (Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012). Além disso, os pais têm algum receio em descobrir qual o potencial sexual dos/as seus/suas filhos/as, afastando-os/as das experiências normais da infância e adolescência, o que leva a uma inibição social (Hwang, 1997, citado em Giulio, 2003). Durante o seu crescimento, não os/as encorajam a ter comportamentos de cariz sexual normal (e.g., beijar), com medo que sejam vistos/as como ridículos/as pelas outras crianças; e devido a dificuldades a nível físico, também não socializam fora da escola. Desta forma, as oportunidades para ter interações sociais normativas com os pares não são possíveis (Moglia, 1986, citado em Giulio, 2003). Durante a adolescência existe também a aquisição de informação de cariz sexual através da socialização, podendo esta ser uma das razões que justificam a falta de informação destas pessoas (Saxe & Flanagan, 2014), que muitas vezes são socialmente isoladas (Waxman,

1991). É por isso possível que, na idade adulta, exista uma confusão relativamente à sua identidade social, a qual foi influenciada na infância devido a diferentes reforços sociais (Mona, Gardos, & Brown, 1994). Assim, é importante que os/as adolescentes com deficiências intelectuais sejam informados/as apropriadamente acerca da sua sexualidade de maneira a que possam usufruir de uma boa saúde sexual (Rostosky, Dekhtyar, Cupp, & Anderman, 2008). Como estas pessoas são sempre vistas como inocentes ou hipersexuais – devido à sua exibição exagerada de afetos em público – foram-lhes negadas as necessidades sexuais através da sua superproteção ou da proteção da sociedade (Young, Gore, & McCarthy, 2012; Aderemi, 2014).

A população em geral esquece-se várias vezes que estes indivíduos, apesar de terem diferentes níveis de aptidão reprodutiva, interesses e respostas sexuais, têm também necessidades de amor, afeto e de relações interpessoais. No entanto, a grande diferença denota-se: têm um mísero acesso a informações acerca do que é uma expressão sexual adequada e não desenvolvem capacidades de comunicação sexuais e afetivas (Fegan, Rauch, & McCarthy, 1993, citado em Giulio, 2003). Muitas vezes são simplesmente mal informados propositadamente, de maneira a eliminar o seu interesse (Hingsburger & Tough, 2002); além disso, não têm noção dos seus direitos sexuais (e.g., casar, fazer um aborto, recorrer a equipas para terem relações sexuais de forma segura sem serem abusados sexualmente ou violados) (Galea, Butler, Iacono, & Leighton, 2004; Healy, McGuire, Evans, & Carley, 2009; O’Callaghan & Murphy, 2007); e por fim, não têm locais com privacidade para, por exemplo, se masturbarem ou terem algum tipo de atividade sexual acompanhados, o que leva à inexistência da expressão sexual (Hingsburger & Tough, 2002). Lofgren-Martenson (2004) verificou existir uma sensação de restrição na vida destas pessoas. Neste seguimento, elas apercebem-se que muitos dos seus comportamentos (e.g., segurar mãos) não são permitidos (Bernet, 2011). Porém, elas possuem o desejo de construir relações sexuais (McCabe, 1999), românticas (Healy, McGuire, Evans, & Carley, 2009), maritais, de terem filhos e de terem capacidade para serem autónomas e livres (Konstantareas & Lunskey, 1997).

As oportunidades de interação social são escassas (e.g., namorar, ter relações sexuais), sendo a procura de um(a) parceiro/a sexual uma das tarefas mais complicadas para estes indivíduos. Os locais habituais onde a população em geral encontra um cônjuge são a escola, o emprego ou locais mais sociais, como bares. Para indivíduos com deficiência, estas opções não são viáveis devido ao facto de, caso tenham deficiências bastante graves, não seja possível, por exemplo, a sua deslocação (Hahn, 1981). Quando há

oportunidade para a existência de uma interação social, estes sujeitos podem ser julgados pelo seu par de tal maneira pela sua deficiência, que não existe uma tentativa de conhecer a sua personalidade ou a sua intelectualidade. Além de ser possível que não consigam compreender pistas ambíguas que precedam o contacto amoroso ou sexual, também não as conseguem demonstrar de forma perceptível (idem), o que leva a que sintam muita dificuldade em encontrar um parceiro. Neste sentido, acrescenta-se ainda que os/as deficientes são vistos como parceiros sexuais incapazes, notados de forma menos positiva sexualmente, como sendo “estragados” (idem) e sendo aceites apenas como colegas de trabalho ou amigos/as (Juergens, 2009), confidentes ou mascotes (Hahn, 1981). Porém, quando nos referimos a relações sexuais, estes/as sujeitos/as têm desejo de as ter mais habitualmente (Kreuter, Sullivan, & Siösteen, 1996), sendo que os homens são os que demonstram uma menor satisfação com a sua frequência (Dunn, Croft, & Hackett, 2000). Saxe e Flanagan (2014) compreenderam ainda que indivíduos com diversidade funcional não têm capacidade para controlar decisões referentes à sua sexualidade. Desta forma, alguns dos motivos que levam a que pessoas com algum tipo de défice tenham relações sexuais são os impulsos sexuais, violação, materiais pornográficos e influência parental, societal e dos *media* (Aderemi, 2014).

Galea, Butler, e Iacono (2004) afirmaram que existe pouco conhecimento acerca de vários tópicos relacionados com a sexualidade por parte destas pessoas comparativamente a pessoas sem deficiência, nomeadamente os métodos de contraceção.

Estes indivíduos têm maior risco de sofrer exploração sexual e abuso por parte de estranhos, familiares, pessoas com outras deficiências e membros da equipa escolar (Aderemi, 2014): Este perigo deve-se à sua dependência a nível de cuidados a terceiros, à negação dos seus direitos humanos que gera impotência, à perceção por parte dos/as predadores/as de que nunca vão ser “apanhados”, à perceção das próprias vítimas de que ninguém vai acreditar nelas, à falta de conhecimentos relativamente ao que são comportamentos sexuais apropriados ou não, ao isolamento social, à grande possibilidade de manipulação, à integração destas pessoas em locais sem considerar a sua capacidade para se defender nos contextos onde foram integradas, aos estereótipos relativos à sexualidade destes indivíduos, à superproteção, e à recusa da sua sexualidade (Andrews & Veronen, 1993, citado em Nosek, Foley, Hughes, & Howland, 2001). Posto isto, os programas de educação sexual devem garantir a passagem de estratégias para que haja uma prevenção do abuso e exploração sexual, promovendo a segurança destas pessoas. É

imperativo distinguir o comportamento apropriado do inapropriado, aprender a negar atividades indesejadas e reportar comportamento abusivo (Giulio, 2003).

Na Internet é possível aceder a informação sobre saúde sexual, mas não para qualquer pessoa com qualquer tipo de deficiência (e.g., cegueira), dificuldades económicas ou problemas de acesso. Existe também a terapia sexual, que é semelhante à feita com pessoas sem deficiência, sendo muitos dos modelos aplicáveis a estes indivíduos (idem). Estes/as sujeitos/as têm o mesmo direito à educação sexual e ao acesso a programas adequados às suas dificuldades durante a sua infância, onde se abordem temas que incluam informações sobre partes do corpo, mudanças da puberdade, exames médicos, expressões sexuais, aptidões sociais, higiene e cuidado pessoal, e os direitos e responsabilidades do comportamento sexual (Murphy & Young, 2005).

1.3.2. Estigmatização da sexualidade de pessoas com diversidade funcional.

Ao longo do tempo, existiram mudanças graduais nas atitudes das pessoas relativamente à sexualidade e à procriação de indivíduos com deficiências. No entanto, estas continuam a ter um impacto negativo na reabilitação e integração social destes/as sujeitos/as (Chan, Tarvydas, Blalock, Strauser, & Atkins, 2009). Até aos anos 60 as posturas eram negativas e repressivas (Kempton & Kahn, 1991). Nas culturas anciãs, as crianças que nasciam imperfeitas eram mortas, e apesar de na idade média esta situação deixar de acontecer, elas eram vistas como ridículas ou assustadoras. Depois da época do renascimento, estas pessoas tinham a possibilidade de viver a sua vida normal em asilos, sendo que no século XVIII foram construídos locais, na Suíça, para os seus primeiros cuidados modernos (Cole & Cole, 1993). Após a normalização e a desinstitucionalização houve um reconhecimento das necessidades sexuais e dos direitos dos indivíduos com diversidade funcional, tendo sido desenvolvidos programas para eles e para os seus pais. Existiu muita procura de informação acerca do abuso sexual nestas pessoas e reconhecimento de que muitos ofensores sexuais têm uma deficiência intelectual (McCabe, 1999).

As relações sexuais e sociais têm um grande papel na reabilitação de pessoas com deficiência, aumentando a sua participação na sociedade (Wiegerink, Roebroek, Donkervoort, Stam, & Cohen-Kettenis, 2006). No entanto, como são eternamente infantilizadas não importando qual a sua idade, são vistas como sexualmente inocentes ou como crianças com impulsos sexuais aos quais não são capazes de responder (Hingsburger & Tough, 2002). Segundo o modelo do comportamento sexual inadequado, as pessoas com

deficiência têm apenas atos sexuais básicos e impulsos, sendo as dimensões da intimidade emocional, da preocupação e do amor colocadas de parte (Hingsburger, 1991, citado em Giulio, 2003). Apesar disso, as suas expressões inapropriadas não existem devido à incapacidade para demonstrar um comportamento sexual responsável, mas sim devido a estes indivíduos serem sempre deixados em espaços nos quais é impossível ter expressões de sexualidade adequadas (Hingsburger & Tough, 2002).

Um estudo concluiu que as atitudes estão relacionadas com estereótipos históricos de género (Young, Gore, & McCarthy, 2012). Os mitos associados baseiam-se na deficiência e na sexualidade, visualizando as pessoas com esta particularidade como tendo falta de desejo biológico, não possuindo aptidões de julgamento social para se comportarem de uma maneira sexualmente aceitável e como sendo incapazes de ter atividade sexual. Além disso, todos estes pensamentos levam a um ciclo vicioso constituído pelo pressuposto de que as atitudes de pessoas sem diversidade funcional relativamente às com diversidade funcional são negativas, sendo que os sentimentos aliados a estas atitudes são de cariz hostil a aversivo e de simpatia a pena (DeLoach, 1994, citado em Anderson & Kitchin, 1994). Existem assim comportamentos de isolamento e marginalização destes indivíduos, o que leva a que as condutas e atitudes dos mesmos sejam influenciadas (idem). Estas crenças foram também impulsionadoras do pensamento de que os/as sujeitos/as com diversidade funcional não precisam nem devem obter educação sexual, correndo o risco de se tornarem promíscuos/as (Rohleder & Swartz, 2009; Groce, et al., 2013).

Ao se imaginar, por um lado, um homem com deficiência que não tem sensações genitais ou não é capaz de ter ereções, mas é capaz de sentir prazer ao ser acariciado e ao dar prazer à parceira; e por outro, uma mulher com deficiência que tem pouca resposta sexual a nível genital mas que tem um prazer quase orgástico ao ser acariciada nos seios, podemos dizer que, segundo o modelo de Masters e Johnson (1966), estes tratam-se de indivíduos sexualmente disfuncionais. No entanto, estas pessoas simplesmente adaptaram a sua resposta sexual às circunstâncias, podendo ser, desta maneira, consideradas funcionais. Tendo em conta esta informação, os indivíduos que convivem com elas não deveriam etiquetá-las como sendo “sexualmente disfuncionais” devido à sua resposta sexual não ser como a esperada segundo o modelo tradicional (citado em Giulio, 2003). A perspetiva da sexualidade de pessoas com deficiência é generalizada, o que resulta em estereótipos devido à incapacidade das mesmas (Parchomiuk, 2012).

Teoricamente existem esquemas sexuais socialmente aceites que se baseiam num princípio de normalização. Este princípio pressupõe que aqueles/as que não são considerados/as “normais” – sujeitos/as com deficiência, neste caso – não são capazes de ter atividade sexual considerada como “normal” pela população em geral, o que levou à denominação destas pessoas como sendo sexualmente desviantes, de uma maneira assexual ou hipersexual. Neste seguimento, adultos/as com dificuldades desenvolvimentais confrontam diversas barreiras sociais quando tentam criar relações românticas ou sexuais, sendo desencorajados/as a expressarem-se a esses níveis (Kempton & Kahn, 1991; Block, 2000; Brown & Pirtle, 2008).

Vários/as autores/as concluíram que, quando inseridos em residenciais ou lares, os indivíduos com diversidade funcional interiorizam conhecimento sexual através da equipa que constitui a organização da instituição. A maneira como esta os vê a nível sexual é influenciada pelas suas experiências, crenças e emoções em certos momentos. No entanto, estas atitudes vão variando tendo em conta as características das pessoas em quem intervêm e as suas próprias características: demográficas (Brantlinger, 1983, citado em Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012), idade (Murray & Minnes, 1994; Cuskelly & Bryde, 2004) e nível de educação (Murray & Minnes, 1994), profissão e onde a exercem (diferença entre trabalho em casa e trabalho em instituições) (Brantlinger, 1983, citado em Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012), treino na área da sexualidade e perspetiva das próprias competências (Cambridge & McCarthy, 2007). Através dos seus estudos, Cuskelly e Bryde (2004) afirmaram que indivíduos mais velhos têm atitudes menos positivas que pessoas mais novas, sendo que o sexo não influencia estas mesmas perspetivas. Gilmore e Chambers (2010) afirmaram que a idade, o sexo e o nível educacional não estão interligados às atitudes em geral. No entanto, os membros da equipa de suporte têm atitudes mais conservadoras relativamente à parentalidade de indivíduos com deficiência, visualizando também a liberdade sexual destas pessoas com maior negatividade, algo igualmente verificado por Cuskelly e Bryde (2004). Por sua vez, Evans, McGuire, Healy, e Carley (2009) depreenderam que os/as profissionais vêm com maior positividade a possibilidade de sujeitos/as com deficiência envergarem em relações íntimas e até matrimoniais, perspectivando-os/as como os/as principais autores/as de decisões relacionadas com esta temática. Estes autores compreenderam ainda que o género não tem qualquer influência nas atitudes dos/as profissionais no que concerne aos tipos de relações que os/as deficientes podem ter e à discussão de sexualidade com eles/elas. Além disso, consideram que devem ter um maior treino nesta área de discussão da sexualidade.

Comparando com pessoas com uma grande afiliação à religião, estudantes com profissões relacionadas com a saúde e que não têm ou têm uma relação ténue com a religião demonstram igualmente atitudes mais positivas relativamente à sexualidade de pessoas com deficiência (Papaharitou, et al., 2008). Além disso, indivíduos de um nível escolar mais elevado demonstram atitudes mais abertas do que indivíduos com níveis escolares menos elevados (Murray & Minnes, 1994). Quanto aos/as professores/as mais especificamente, estes/as expressam uma atitude negativa relativamente à fertilidade de alunos/as com deficiência e, ao mesmo tempo, outros/as consideram importante um apoio ao nível do planeamento familiar dos/as mesmos/as, afirmando que as pessoas com diversidade funcional têm o mesmo direito a ter relações, à fertilidade, e a ter filhos (Povilaitienė & Radzevičienė, 2015). Pesquisas com pessoas que interagem com estes indivíduos comprovam que há um visionamento das mulheres com diversidade funcional como mais inocentes, vulneráveis, ingénuas, que não têm pensamentos nem interesses sexuais, que desejam ter relações íntimas e emocionais e que precisam de ser protegidas de possíveis abusos sexuais (Young, Gore, & McCarthy, 2012). Pelo contrário, os homens são vistos como predadores, mais abertos a nível de expressão sexual, guiados por desejos sexuais biológicos, agressivos devido a esses desejos, que pensam em sexo e que desejam estar satisfeitos apenas sexualmente mas sem desenvolver uma relação íntima (idem).

As equipas de suporte existentes nas instituições dão apoio primário a nível de educação sexual mesmo que não se apercebam disso, sendo que estas mesmas equipas demonstram atitudes mais liberais comparativamente aos pais destas pessoas. Além disso, têm uma maior tendência para discutir assuntos relacionados com sexo com os/as seus/suas utentes do que os progenitores. Acrescenta-se ainda que um estudo concluiu que estas equipas consideram que os indivíduos com quem trabalham não devem ter o direito de ter filhos, existindo uma atitude positiva relativamente à esterilização dos mesmos (Wolfe, 1997). Apesar da sua proibição, a esterilização podia acontecer, sendo recomendada devido a considerar-se que os défices cognitivos eram herdados e poderiam ser passados para as gerações posteriores: falso *darwinismo*. Atualmente apenas se recorre à esterilização para prevenir expressões de sexualidade, diminuir as hipóteses de exploração sexual e reduzir a possibilidade de desenvolver IST (Nelson et al., 1999; Diekema, 2003).

No que respeita ao facto de se visualizar as equipas de suporte como aceitadoras mais fáceis dos comportamentos sexuais de estudantes com uma deficiência moderada do que de estudantes com uma deficiência mais evidente, alguns membros consideram comportamentos como sexo anal, sexo arriscado (sem uso do preservativo) e

homossexualidade inapropriados. Assim, é possível dizer-se que há uma grande reprovação de muitos comportamentos sexuais de pessoas com deficiência que, ao mesmo tempo são aprovados se vierem de uma pessoa sem qualquer tipo de deficiência (Scotti, Slack, Bowman, & Morris, 1996). Estas atitudes levam ao isolamento e à marginalização destes/as sujeitos/as, tal como à interiorização de atitudes e crenças negativas acerca de si mesmos/as. Por vezes esta pressuposição pode fazer ainda com que estas pessoas evitem a intimidade e a sexualidade (DeLoach, 1994, citado em Anderson & Kitchin, 1994).

Pebdani (2016) decidiu realizar um estudo no qual concluiu que a idade não influencia estas mesmas atitudes, ao invés do sexo, que influencia ao nível da opinião relativamente aos Direitos Sexuais e à aptidão para estes indivíduos se controlarem sexualmente. No que concerne à existência ou não de um familiar com uma deficiência intelectual, a presença de um membro da família direto com diversidade funcional influencia as atitudes de maneira positiva relativamente à capacidade destes/as sujeitos/as de se controlarem sexualmente; já o nível de educação não tem qualquer efeito no modo como os/as profissionais perspetivam estas pessoas. Por fim, relativamente aos Direitos Sexuais e à capacidade para serem pais, pessoas com formação em sexualidade visualizam a possibilidade das mesmas de uma maneira mais positiva, enquanto indivíduos com formação em sexualidade e deficiência não são influenciados por estas características.

Educadores/as, prestadores/as de cuidados, pais e profissionais de saúde estão a reconhecer de forma cada vez mais vincada os direitos dos indivíduos com deficiência à educação e aos serviços de saúde sexual. Mas, para ser possível eliminar as barreiras sistémicas que existem, é imperativo que exista uma mudança societal. Estes indivíduos, juntamente com professores/as, fisioterapeutas, terapeutas de reabilitação e sexuais, deverão ser os instigadores desta mudança: Não só para assistir os/as sujeitos/as com deficiência, mas também para lhes providenciar algum conhecimento e aptidões de forma a promover a educação e a terapia sexual (Giulio, 2003).

II. Estudo Empírico

2.1. Hipóteses e Questões de Investigação

O principal objetivo desta investigação prende-se com (Q1) a dúvida relativa à influência dos fatores sociodemográficos (e.g., idade, profissão, sexo, nível educacional) dos/as profissionais na maneira como os/as mesmos vêm a sexualidade dos/as deficientes intelectuais. Esta questão é devida às diferentes perspetivas de investigadores/as a este nível (Murray & Minnes, 1994; Cuskelly & Bryde, 2004; Cambridge & McCarthy, 2007; Konstantinidou, & Hatzichristou, 2008; Gilmore & Chambers (2010); Brantlinger, 1983, citado em Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012; Povilaitienė & Radzevičienė, 2015; Papaharitou, et al., 2008; Pebdani, 2016). Assim, colocam-se as seguintes hipóteses: (H1) A idade influencia a maneira como os/as profissionais vêm a sexualidade dos/as deficientes intelectuais; (H2) A profissão influencia o modo como os/as profissionais vêm a sexualidade dos/as deficientes intelectuais; (H3) O sexo influencia a forma como os/as profissionais vêm a sexualidade dos/as deficientes intelectuais; (H4) O nível educacional influencia a maneira como os/as profissionais vêm a sexualidade dos/as deficientes intelectuais.

Pebdani (2016) concluiu que a existência de um membro da família direto com deficiência influencia positivamente as atitudes interligadas ao autocontrolo sexual destes/as sujeitos/as. Assim sendo, define-se a questão seguinte: (Q2) A presença de um membro na família com deficiência intelectual vai alterar a maneira como os/as profissionais visualizam a sexualidade de outros/as deficientes intelectuais?. Desta forma, delineia-se a hipótese: (H5) A presença de um membro na família com deficiência intelectual influencia a maneira como os/as profissionais perspetivam a sexualidade de outros/as deficientes intelectuais. Neste mesmo estudo, a autora declara ainda que os/as profissionais com formação em sexualidade são influenciados positivamente no que concerne aos Direitos Sexuais e à capacidade para os/as deficientes intelectuais serem pais (idem). Assim, tem-se como objetivo compreender se (Q3) profissionais com formação em sexualidade vêm de maneira diferente o percurso sexual de pessoas com deficiência intelectual. Desta forma espera-se que (H6) profissionais com formação em sexualidade visualizem a sexualidade de deficientes intelectuais de maneira diferente em relação aos outros/as profissionais.

2.2. Método

No primeiro capítulo refletiu-se acerca de vários aspetos relacionados, não só com a perspetiva dos/as profissionais relativamente à sexualidade de indivíduos com diversidade funcional, mas também sobre a sexualidade em si, a diversidade funcional, a estigmatização da sexualidade e da deficiência e a sexualidade na deficiência. Apesar de muitos temas terem sido abordados, o ponto fulcral deste estudo consiste na forma como os/as sujeitos/as que trabalham em locais junto de deficientes intelectuais perspetivam a sexualidade destes/as. Para tal, recorreu-se a uma abordagem transversal de carácter descritivo e exploratório (Given, 2008); e utilizou-se uma pesquisa com metodologia mista (Günther, 2006), isto é, utilizando uma análise tanto quantitativa como qualitativa. A opção pela abordagem mista justifica-se tendo em conta o objetivo de produção de novos conhecimentos, ao que o/a pesquisador(a) não deve ter necessidade de se cingir a um único género de análise, mas sim aproveitar as metodologias quantitativas e qualitativas que se adaptem à sua pesquisa (idem).

2.2.1. Participantes.

Tendo por base a revisão bibliográfica e os objetivos estabelecidos, a amostra é constituída por profissionais trabalhadores/as em estabelecimentos que têm como beneficiários indivíduos com diversidade funcional. Tendo em conta que a amostra fora formulada com um objetivo em mente (Maroco, 2007) – o de trabalhar com profissionais que tenham contato com indivíduos com deficiência intelectual –, os/as participantes selecionaram-se através de uma amostragem não probabilística de carácter objetivo.

Desta forma, a amostra é constituída por 218 participantes empregados/as nas seguintes instituições: Centro de Reabilitação da Areosa (11 participantes), Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) (2 participantes), Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Coimbra (4 participantes), Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (ARCIL) (4 participantes), Movimento de Apoio ao Diminuído Intelectual (MADI) (3 participantes), Associação de Apoio à Juventude Deficiente (AAJUDE) (9 participantes), Centro de Ação Social do Concelho de Ílhavo (CASCI) (9 participantes), Centro de Educação e Formação Profissional Integrada (CEFPI) (9 participantes), Associação do Porto de Paralisia Cerebral (APPC) (15 participantes) e Cooperativas de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados (CERCI) de Águeda (25 participantes), Aveiro (19 participantes), Espinho (28

participantes), Oliveira de Azeméis (28 participantes), Santa Maria da Feira (13 participantes) e Vila Nova de Gaia (38 participantes), sendo que um(a) participante não identificou a instituição onde trabalha.

As idades dos/as participantes vão desde os 23 aos 79 anos ($M = 41.29$, $DP = 10.63$), sendo que 194 indivíduos são do sexo feminino e 17 do sexo masculino. Acrescenta-se que 7 pessoas não se identificaram com nenhum sexo. Além disso, aponta-se que tanto as profissões como o nível escolar foram divididos cada um em quatro níveis. No caso das profissões, denota-se a existência de 12 indivíduos na categoria *Professores e Educadores*, 89 nos *Técnicos Superiores*, 104 nos *Auxiliares Educativos*, 10 nos *Outros Funcionários*, e 3 pessoas que não identificaram a sua profissão; no que respeita ao nível escolar, no nível 1 (até ao 3º ciclo) estão 35 pessoas, no nível 2 (desde o 3º ciclo até ao 12º ano inclusive) estão 67, no nível 3 (Licenciatura) estão 75 e no nível 4 (Mestrado e Pós-Doutoramento) estão 35, ao que 6 pessoas não se identificaram com nenhum nível escolar. Relativamente ao estado civil, 59 indivíduos são solteiros, 106 são casados, 26 são separados/divorciados, 20 vivem em união de facto, 5 são viúvos e 2 não descreveram qual o seu estado civil. Ainda, 28 sujeitos/as declaram ter um familiar com deficiência intelectual, ao que 182 dizem não ter, sendo que 8 sujeitos/as não responderam. Por fim, 2 indivíduos não descreveram se tinham ou não filhos, 70 dizem não ter, e 146 afirmam ter: Desses, 52 indivíduos têm filhos do sexo feminino, 54 têm filhos do sexo masculino, e 32 têm filhos de ambos os sexos.

Relativamente às entrevistas, apesar de o total da amostra ter respondido ao questionário, apenas os indivíduos que se demonstraram disponíveis para responder às mesmas foram convidados a fazê-lo, tendo sido escolhidos de forma aleatória e por conveniência. Foram realizadas um total de 10 entrevistas a 8 sujeitas do sexo feminino e a 2 sujeitos do sexo masculino.

2.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Para efeitos de estudo, e tendo em conta que Günther (2006) declara que quando um(a) investigador(a) faz uma revisão de literatura não se deve cingir a um único tipo de resultados frutos de uma determinada abordagem, não devendo ignorar as outras existentes, consideraram-se dois tipos de análise: a quantitativa, através da utilização de um questionário; e a qualitativa, através de uma entrevista semiestruturada. Além disso, no

que concerne à qualidade do estudo, recorreu-se à triangulação das fontes de dados, através da qual se cruzam resultados provenientes de diferentes fontes (Denzin, 1984).

2.3.1. Análise quantitativa: ASQ-ID.

Para a recolha de dados quantitativos recorreu-se ao uso do ASQ-ID e de dois itens retirados de uma dissertação de mestrado (Fernandes, 2014): Os primeiros 34 itens são referentes ao primeiro questionário, sendo os restantes respeitantes à dissertação de mestrado mencionada. No que concerne à primeira escala supracitada, os itens foram recolhidos de um artigo de Cuskelly e Gilmore (2007) que analisava e alterava determinadas questões do questionário original, de Cuskelly e Bryde (2004), o qual foi construído para ser aplicado à comunidade em geral, aos pais e às equipas de suporte. As questões do ASQ-ID foram traduzidas para a língua portuguesa pela autora da presente dissertação de mestrado. A opção por esta escala e itens deveu-se a terem conteúdo relacionado com temas abordados na revisão de literatura realizada, o que permitia, desta forma, conjugar a pesquisa com aquilo que seria estudado.

De forma a examinar a estrutura fatorial da escala com a amostra e compará-la com a obtida pelas autoras originais, recorreu-se a uma análise fatorial, mais propriamente uma análise de componentes principais (ACP). Esta análise teve também o objetivo de reduzir o número de variáveis. Assim, substituíram-se os valores omissos pela média de respostas dadas, de forma a considerar todos/as os/as sujeitos/as. Como critério de extração utilizou-se o valor próprio maior que 1, retendo 9 fatores (cf. Anexo A), mas o *Scree Plot* (cf. Anexo B) indicou que se devem extrair quatro fatores.

Em modo de confirmação fez-se também uma análise paralela (cf. Anexo C), recorrendo ao uso do *Monte Carlo PCA for Parallel Analysis*, a qual foi comparada igualmente com a variância total explicada.

Como a partir do quinto fator, inclusive, a variância explicada é maior na análise paralela do que na análise realizada, volta-se a confirmar a possível extração de quatro fatores.

Por fim, como na escala de Cuskelly e Gilmore (2007) as autoras também decidiram utilizar no final apenas este número, forçou-se a extração de somente quatro fatores. Com estes fatores obtém-se um total de 43,74% de variância explicada, sendo que o primeiro fator explica 16,24% da variância, o segundo fator 11,95%, o terceiro fator 8,68% e o quarto fator 6,87% (cf. Anexo D).

A partir da Tabela 1, é possível compreender que o fator 1 é constituído por doze itens (itens 10, 13, 9, 21, 11, 19, 25, 6, 15, 5, 29 e 4), o fator 2 por nove itens (itens 16, 24, 23, 31, 18, 30, 2, 26 e 12), o fator 3 por três itens (itens 27, 34 e 14) e o fator 4 por quatro itens (itens 28, 33, 17 e 7). De entre os primeiros trinta e quatro itens, seis foram excluídos devido à sua ambiguidade, saturando em mais do que um fator (itens 8, 32, 22, 3, 20 e 1).

Tabela 1 – Matriz de componente rotativa obtida através da análise fatorial

<i>Matriz de componente rotativa^a</i>				
	Componente			
	1	2	3	4
Discussão promove promiscuidade	.747	.206	.120	
Interesses sexuais	.674	.158		-.259
Masturbação desencorajada	.669	.103	.196	
Discussão puberdade	.660			
Casar esterilizados	.649	.148	.268	.301
Hostels não mistos	.638			.146
Relações sexuais desencorajadas	.624	.208	.266	
Casam proibidas filhos	.575		.144	.258
Incapaz relação íntima	.520	.125	-.109	.240
Medicação inibir desejos	.496	.111	.386	.170
Menos interesse relações	.490	.209	.173	-.284
Esterilização desejada	.464		.205	.173
Questões sexualidade	.452		-.189	
Casamento não encorajado	.410		.366	.251
Educação exploração sexual	.143	.664		
Decisão esterilização		.648	.206	.220
Casa masturbar		.623		
Masturbação expressão sexual	.184	.603		
Relações consentimento mútuo	.124	.583	.391	
Educação sexual obrigatória	.117	.578	-.302	.181
Relação heterossexual mútuo	-.206	.558	.285	
consentimento				
Conselhos contraceção	.354	.554		.176
Masturbação privado aceitável		.531		-.144
Direito casar	.291	.496	.109	.400
Relação homossexualidade	.216	.426	.357	.405
Facilmente estimulados	.124		.762	-.131
Sentimentos sexuais	.236		.748	
Desencorajar filhos	.425	-.118	.512	.196
Pensamentos ações sexuais		.119	.406	.157
Casamento problemas			-.134	.635

Permissão filhos casamento	.200	.134	.312	.503
Comportamento sexual área problemática	.206	-.280	.128	.478
Relações românticas não sexuais		.220		.446
Educar crianças		.187	.329	.423

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Quanto ao terceiro fator, apesar de este inicialmente apresentar um valor fraco ($\alpha = .64$), após uma análise mais pormenorizada compreende-se que, caso se elimine o item 14, o *Alfa de Cronbach* eleva para .84, o que nos permite manter o fator.

Por fim, o quarto fator teve de ser retirado devido à consistência interna inaceitável que apresenta ($\alpha = .47$).

Após análise dos itens pertencentes a cada fator e da recodificação dos itens invertidos da escala, procedeu-se à criação de três novas variáveis referentes aos três fatores finais. Assim, o primeiro fator está relacionado com atitudes face aos *Direitos Sexuais*, o segundo fator com atitudes face a *Educação e Prevenção*, e o terceiro com as atitudes face ao *Auto-Controlo* (Quadro 1).

Quadro 1 – Fatores finais e respectivos itens, obtidos através da análise fatorial

Fator	Itens
1. Direitos Sexuais	<p>4. É preferível esperar que uma pessoa com deficiência intelectual levante questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ela.</p> <p>5. Indivíduos com deficiência intelectual têm menos interesse em relações sexuais do que outros indivíduos.</p> <p>6. Se as pessoas com deficiência intelectual se casam, devem ser proibidas por lei de ter filhos.</p> <p>9. A masturbação deve ser desencorajada em sujeitos com deficiência intelectual.</p> <p>10. Discussões acerca de relações sexuais promovem a promiscuidade em pessoas com deficiência intelectual.</p> <p>11. Indivíduos com deficiência intelectual apenas devem ter a possibilidade de se casarem caso eles ou os seus companheiros tenham sido esterilizados.</p> <p>13. Pessoas com deficiência intelectual têm, normalmente, menos interesses sexuais que as outras pessoas.</p> <p>15. Um indivíduo com deficiência intelectual é incapaz de desenvolver e manter uma relação íntima e emocional com um companheiro.</p> <p>19. <i>Hostels</i> ou residências privadas para sujeitos com deficiência intelectual devem ser ou só para mulheres ou só para homens, não mistos.</p> <p>21. É melhor não se discutir assuntos de cariz sexual com sujeitos com deficiência intelectual que ainda não tenham atingido a puberdade.</p> <p>25. Relações sexuais devem ser desencorajadas em sujeitos com deficiência intelectual.</p> <p>29. A esterilização é uma prática desejada por indivíduos com deficiência intelectual.</p>
2. Educação e Prevenção	<p>2. Adultos com deficiência mental devem ser autorizados a viver uma relação heterossexual por mútuo consentimento desde que não nasçam crianças indesejadas e que nenhum dos intervenientes seja prejudicado.</p> <p>12. A masturbação em privado feita por sujeitos com deficiência intelectual é uma maneira aceitável de se exprimirem sexualmente.</p> <p>16. Para pessoas com deficiências intelectuais, a educação sexual tem um papel muito importante em salvaguardá-las de sofrerem exploração sexual.</p> <p>18. Os indivíduos com deficiência intelectual devem ser autorizados a terem relações sexuais com consentimento mútuo.</p> <p>23. É uma boa ideia assegurar que a casa é um local privado para pessoa com deficiência intelectual se masturbar caso tenha necessidade.</p> <p>24. Sempre que possível, os indivíduos com deficiência intelectual devem ser envolvidos na decisão acerca da sua possível esterilização.</p> <p>26. Conselhos acerca da contraceção devem estar totalmente disponíveis para pessoas com deficiência intelectual nas quais o seu nível de desenvolvimento torne a atividade sexual possível.</p> <p>30. A educação sexual para pessoas com deficiência intelectual deve ser obrigatória.</p> <p>31. Nas aulas de educação sexual, a masturbação deve ser ensinada aos sujeitos com deficiência intelectual como uma forma aceitável de expressão sexual.</p>
3 Auto-Controlo Sexual	<p>27. Os sujeitos com deficiência intelectual são mais facilmente estimulados sexualmente que outros sujeitos.</p> <p>34. Pessoas com deficiência intelectual têm sentimentos sexuais mais fortes que outras pessoas.</p>

2.3.2. Análise qualitativa: Entrevista semiestruturada.

Quanto aos dados qualitativos, procedeu-se à edificação de uma entrevista semiestruturada, visto que este género de entrevistas possibilita a visualização de padrões de similaridade e alterações que podem caracterizar a amostra e promover questões para

estudos futuros e populações maiores (Given, 2008); e permitem que os/as sujeitos/as se expressem de forma mais aprofundada, o que enriquece a investigação (Yin, 2012). Esta entrevista abordou tópicos explorados no questionário, tais como aquilo que o/a entrevistado/a pensa acerca das relações afetivas, amorosas e sexuais dos indivíduos deficientes, da prevenção a nível sexual, da sua capacidade sexual, dos direitos sexuais e de comportamentos de cariz sexual. Esta decisão tomou-se com o propósito de fundamentar o estudo e compreender de forma mais plena as atitudes dos/as sujeitos/as constituintes da amostra.

2.4. Método de Recolha de Dados

Com vista à recolha do maior número de dados possíveis para amostra, começou-se por construir um questionário escrito e outro em formato *online*, sendo que ambos tinham exatamente as mesmas questões (cf. Apêndice A). De seguida contactaram-se diversos estabelecimentos relacionados com a diversidade funcional através de correio eletrónico e dando a conhecer as duas opções de participação no estudo: que podia ser respondido de forma *online*, ou de forma física. Neste e-mail explicava-se ainda o objetivo do estudo e a razão pela qual estava a ser realizado. Como algumas instituições não deram qualquer resposta, procedeu-se a um contacto telefónico mais informal, no qual se evidenciava o intuito da pesquisa, a quem esta se dirigia e quais as duas opções de resposta.

No caso das entrevistas (cf. Apêndice B), estas foram realizadas nos estabelecimentos onde cada entrevistado/a trabalhava. Antes de cada uma, foi entregue um consentimento informado (cf. Apêndice C) que fora assinado pelos/as participantes. As 10 entrevistas realizadas duraram uma média de 8 minutos e 19 segundos, tendo sido gravadas em registo áudio, no telemóvel da investigadora. Estas tiveram início a 13 de março de 2017 e foram finalizadas a 4 de abril de 2017.

2.5. Método de Análise de Dados

Para efeitos de análise quantitativa, recorreu-se ao programa IBM SPSS *Statistics* (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 24. Os/As profissionais da psicologia e das ciências sociais trabalham com entidades ambíguas – como a mente humana e o

veículo que a movimenta – e, por isso, não têm grande interesse pelas ciências exatas e pelos métodos quantitativos. No entanto, há que ter em conta que a nossa sociedade se rege por números: A estatística é uma forma de caracterizar o meio envolvente da comunidade, de tomar decisões relativas a hipóteses teóricas e de calcular a probabilidade de errar ao tomar uma decisão (Maroco, 2007).

Para a análise qualitativa recorreu-se a uma análise de conteúdo, que examina o discurso do/a sujeito/a através da descoberta de temáticas que se vão repetindo na sua fala, inferindo assim uma categoria que as represente (Caregnato & Mutti, 2006).

III. Resultados e Discussão

Tendo em conta que as relações sexuais têm um grande impacto na recapacitação de indivíduos com diversidade funcional (Wiegerink, Roebroek, Donkervoort, Stam, & Cohen-Kettenis, 2006) a sexualidade foi, desta forma, um dos principais enfoques. Hoje em dia, muitos são os programas que existem relacionados com a educação sexual tanto para os indivíduos com deficiência, como para os seus pais (McCabe, 1999). Apesar de tudo, quem passa a maioria do tempo com estes/as sujeitos/as, quando institucionalizados/as, são os/as profissionais empregados/as nos diversos estabelecimentos. Neste seguimento, o objetivo patente ao estudo prendeu-se, sobretudo, na compreensão de determinadas características pessoais como lentes de observação da sexualidade dos/as deficientes.

Após uma análise preliminar, a presente análise e discussão de dados será dividida nas três questões de investigação existentes.

3.1. Análise Preliminar

Para iniciar, e analisando de forma geral as atitudes dos/as profissionais, é possível afirmar-se que estas são mais positivas relativamente à Educação e Prevenção ($M = 3.96$, $DP = .53$) do que para com os Direitos Sexuais ($M = 3.92$, $DP = .55$); estas, por sua vez, são mais positivas do que as atitudes respeitantes ao Auto-Controlo ($M = 3.24$, $DP = .84$). Este resultado é corroborado pelas afirmações dos/as participantes, em que a Educação e Prevenção apresenta um grande número de verbalizações (26 verbalizações) [*“Aquilo que nós tentamos é: nós temos aqui apoio parental, em que fazemos ensinamento às famílias por causa da sexualidade, nós tentamos trabalhar mesmo os jovens na parte da sua sexualidade; (...) Portanto o nosso papel aqui é de informação, é de ensinar, é de orientar...”* (P1)]¹, seguida dos Direitos Sexuais (20 verbalizações) [*“Eles são pessoas como nós. Infelizmente nasceram com deficiência intelectual, com outros problemas, até multideficiência. Mas para mim têm todo o direito. Quer dizer, falaríamos de cidadania, e de igualdade de direitos, e eles para mim têm, sem dúvida.”* (P2)], e do Auto-Controlo (17 verbalizações) [*“(...) toda a gente tem direito. Mas nem toda a gente tem a capacidade de*

¹ Todas as verbalizações encontram-se disponíveis no Apêndice E.

saber o que é certo, o que não é certo, como o fazer, com quem fazer, pronto isto aqui há diferenças, como é óbvio. Porque as pessoas como é com défice intelectual acentuado, isso aí já são situações um bocadinho à parte, não é?” (P7)]. Tal como é possível verificar através dos testemunhos das entrevistadas, a diferença entre as perspetivas relativas aos Direitos Sexuais e à Educação e Prevenção é mínima, sendo que ambas visualizam as duas de forma igualmente positiva. No caso do Auto-Controlo já se denota uma maior negatividade, no sentido em que a participante sublinha alguma incapacidade nos/as deficientes.

Sendo a Educação e Prevenção o fator visto com maior positividade, Murphy e Young (2005) têm desta forma a sua perspetiva confirmada, no sentido em que também consideram que os/as deficientes têm direito à educação sexual durante a sua infância, na qual se abordem temas fulcrais no seu desenvolvimento (e.g., expressões sexuais, aptidões sociais, responsabilidades do comportamento sexual). Ainda, os/as profissionais sublinham a importância da decisão dos/as deficientes na sua própria esterilização, o que contraria Wolfe (1997), o qual concluiu que as equipas são a favor da esterilização dos indivíduos com diversidade funcional. A amostra aponta também para a importância da masturbação em privado em locais apropriados, algo já discutido por Hingsburger e Tough (2002), que perceberam que os/as deficientes não têm locais privados para, por exemplo, se masturbarem ou terem algum tipo de atividade sexual acompanhados.

No entanto, importa também descrever a forma como estes/as profissionais visualizam os Direitos Sexuais, visto que a diferença entre ambos os fatores é pequena: A evidência de que não deve existir educação sexual para estes indivíduos devido ao risco de os tornar promíscuos (Rohleder & Swartz, 2009; Groce, et al., 2013) é refutada pelos/as profissionais, que têm uma opinião contrária. Apesar de a literatura distinguir muito a sexualidade da mulher deficiente da do homem deficiente (e.g., Young, Gore, & McCarthy, 2012), neste estudo depreende-se que, por parte das equipas, mesmo existindo alguma diferenciação ao nível dos comportamentos de cada um, os/as profissionais consideram que os *hostels*/residências privadas podem ser mistos.

No que concerne à procriação, Povilaitienė e Radzevičienė (2015) declaram que alguns/algumas professores/as defendem que os indivíduos com diversidade funcional têm o mesmo direito a ter relações, à fertilidade, e a ter filhos, algo igualmente perceptível neste estudo, em que os/as questionados/as são a favor das relações sexuais e da procriação destes indivíduos; no entanto, existem outros/as professores/as que são contra esta questão. A esterilização é também debatida a este nível e, tal como na Educação e Prevenção, não

parece ser aceite pelos/as profissionais. Fegan, Rauch, e McCarthy (1993) afirmam os diferentes níveis de aptidão reprodutiva, interesses e respostas sexuais de deficientes (citado em Giulio, 2003), ao contrário da amostra, sendo que através das respostas compreende-se que estão em desacordo, isto é, consideram que os/as deficientes têm o mesmo interesse em relações sexuais que os sujeitos ditos “normais”.

3.2. Influência dos Fatores Sociodemográficos

Após uma análise mais geral das atitudes dos/das profissionais, prosseguiu-se para uma análise mais específica, abordando as diversas questões de investigação.

3.2.1. A idade como influenciadora.

Para iniciar, pretendeu-se compreender se a idade e as atitudes dos/as profissionais relativamente aos vários aspetos estão correlacionados.

Começando pela correlação com os Direitos Sexuais, podemos dizer que estamos perante uma correlação negativa muito baixa ($r = -.01$, *ns*). Isto é, as variáveis Idade e Direitos Sexuais não têm quase nenhuma associação e também não covariam em grandes proporções.

A análise da correlação com a Educação e Prevenção mostrou-nos que as duas variáveis também não se associam, não covariando em conjunto ($r = -.05$, *ns*).

Por fim, compreende-se também que esta variável não está associada igualmente com o Auto-Controlo ($r = -.06$, *ns*).

Estes dados permitiram-nos concluir que a idade dos/as participantes não está correlacionada com as atitudes dos/as mesmos/as relativamente à sexualidade dos indivíduos com deficiência intelectual. Esta descoberta é antagónica a Murray e Minnes (1994) e Cuskelly e Bryde (2004), autores/as que anunciavam a influência da idade nas atitudes dos/as profissionais. Foi, assim, ao encontro da perspetiva de Gilmore e Chambers (2010) e de Pebdani (2016), que declaram que a idade não altera a forma como os/as profissionais reagem perante a sexualidade de indivíduos com diversidade funcional.

3.2.2. O nível escolar como influenciador.

Desta forma, passa-se à análise da correlação das atitudes dos/as profissionais com o seu nível escolar. A primeira questão é se este está correlacionado com os Direitos

Sexuais, sendo que os resultados obtidos indicam que as duas variáveis estão significativamente correlacionadas, sendo a sua relação positiva mas baixa, $r(218) = .32, p < .001$.

O próximo passo prende-se com o saber se há correlação com a Educação e Prevenção, sendo que os resultados conseguidos indicam que as duas variáveis estão significativamente correlacionadas, sendo a sua relação positiva mas baixa, $r(218) = .23, p = .001$.

Por fim e no que concerne à correlação com o Auto-Controlo, os resultados obtidos indicam que as duas variáveis estão significativamente correlacionadas, sendo a sua relação positiva mas baixa, $r(218) = .22, p = .001$.

Focando mais propriamente nas atitudes relativas aos Direitos Sexuais, é possível comparar-se o testemunho de uma das participantes, [*“(...) eles têm na mesma direito a ter a sua afetividade, a sua sexualidade, porque têm, não é? E muitas vezes o facto de não a poderem ter de uma forma mais aberta também os torna mais agressivos, andam mais aborrecidos... Como as pessoas normais, pronto. Acho que não é por aí. Claro que existe um tabu muito grande e as pessoas acham que eles são assexuados, pronto. (...) Em termos afetivos, acho que têm o direito de mostrar a sua afetividade como as outras pessoas. (...) Mas penso que eles têm direito a ter sexualidade e uma vida afetiva normal: namorar, pronto... Em termos de deficiências mais ligeiras, o casar, o viver juntos... Desde que sejam acompanhados, e devem ser sinalizados nesse sentido, de serem acompanhados.”* (P4)] relativamente a outro, com um nível escolar mais baixo, [*“Eu acho que devem ter (relações afetivas, amorosas e sexuais). Agora depende. Se calhar nem todos estão preparados para isso. Depende também da capacidade que possam ter.”* (P8)].

Pode-se portanto aferir que o nível escolar dos/as profissionais está correlacionado com as suas atitudes. Esta conclusão é corroborada por Murray e Minnes (1994), que afirmam que sujeitos/as com um nível escolar mais elevado apresentam atitudes mais abertas do que sujeitos/as com níveis escolares menos elevados. Por outro lado, refuta Gilmore e Chambers (2010) e Pebdani (2016), as quais consideram que o nível escolar não influencia as atitudes dos/as profissionais.

3.2.3. A profissão como influenciadora.

Seguidamente passa-se para a análise da relação das atitudes dos/as profissionais com a profissão dos/as mesmos/as. Primeiramente interessa-nos saber qual será a relação desta com os Direitos Sexuais. A ANOVA efetuada revelou haverem diferenças

significativas entre os grupos profissionais, $F(4,213) = 5.96$, $p < .05$. Concretamente, Professores e Educadores, $M = 4.06$ e $DP = .45$; Técnicos Superiores, $M = 4.11$ e $DP = .52$; Auxiliares Educativos, $M = 3.77$ e $DP = .54$; Outros Funcionários, $M = 3.63$ e $DP = .55$. Assim, os Técnicos Superiores têm uma perspetiva mais positiva [“*É assim, eu sou apologista e defendo que este tipo de população tem direito à sua sexualidade e portanto o meu comportamento pauta-se por isso, eu respeito. E quando eu falo das questões sexuais, falo nas questões ao nível tanto da heterossexualidade como da homossexualidade, sendo certo que muitas vezes estes jovens os contactos que têm são mais até ao nível homossexual que ao heterossexual. (...) É óbvio e evidente que estamos a falar no tipo de deficiência que com algum tipo de vigilância consegue manter um relacionamento, depois há as outras que são as multideficiências, que aí é um outro tipo de situação, apesar de eu achar que eles também têm direito à sexualidade deles.*” (P3)] acerca dos Direitos Sexuais do que os Auxiliares Educativos ($p < .05$) [“*Eu acho que têm esse direito, mas não sei... Se for aqui, há pessoas que não concordam com ajudar, ajudar quê? Ajudar a ficarem na cama, despi-los, ficarem juntos... Pronto, não encaram muito bem. Sei que há outras pessoas que encaram: eu encaro. Mas eu acho que têm esse direito.*” (P8)] e do que os Outros Funcionários ($p < .05$).

Pesquisando a relação com a Educação e Prevenção, a ANOVA demonstrou existirem diferenças significativas entre os grupos profissionais, $F(4,213) = 3.50$, $p < .05$. Concretamente, Professores e Educadores, $M = 4.04$ e $DP = .38$; Técnicos Superiores, $M = 4.09$ e $DP = .54$; Auxiliares Educativos, $M = 3.89$ e $DP = .46$; Outros Funcionários, $M = 3.56$ e $DP = .86$. Os Técnicos Superiores [“*(...) aí é que está também a nossa parte. Da parte de orientá-los, de prevenir, da educação sexual mesmo propriamente dita (...) falar também com as famílias que muitas vezes não aceitam o uso da pílula, ou que eles tenham o preservativo, para saber usar o preservativo. Por isso as aulas de educação sexual com eles também são importantes*” (P4)] demonstram uma atitude mais positiva relativamente à Educação e Prevenção em comparação com os Outros Funcionários ($p = .02$).

No que concerne à relação com o Auto-Controlo a ANOVA revelou que existem diferenças significativas entre os grupos profissionais, $F(4,213) = 7.10$, $p < .05$. Concretamente, Professores e Educadores, $M = 3.38$ e $DP = .77$; Técnicos Superiores, $M = 3.51$ e $DP = .85$; Auxiliares Educativos, $M = 2.98$ e $DP = .75$; Outros Funcionários, $M = 3.00$ e $DP = .82$. Estas diferenças visualizam-se entre os Técnicos Superiores e os Auxiliares Educativos ($p < .05$): Os Técnicos Superiores [“*Se formos a comparar, a maior parte dos jovens na adolescência também têm dificuldades em estabelecer limites: Aqui*

também é a mesma coisa. Muitas vezes eles estão agarrados e não sei quê... E quê... «Alto!», não é para fazer isso à frente dos colegas.” (P6)] têm uma perspectiva mais positiva acerca do Auto-Controlo que os Auxiliares Educativos [“Por isso não... o comportamento deles é... E mesmo que às vezes se diga que este fim-de-semana e qualquer coisa, não... Não dá. É normal. Não há qualquer... Agora o comportamento dos outros que não têm namoradas, o comportamento é muito excessivo em querer e não conseguir, a ir a lado nenhum, por exemplo. A ir. Porque vir cá não é possível, não é?” (P10)].

Tendo em conta que dentro da categoria Técnicos Superiores se encontram profissionais de saúde (e.g., psicólogos/as), considera-se igualmente que há uma afirmação por parte de Brantlinger (1983) (citado em Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012), que declara que estudantes com profissões relacionadas com a saúde têm atitudes mais positivas relativas à sexualidade.

3.2.4. O sexo como influenciador.

Para concluir a primeira questão de investigação, pretende-se compreender em que medida o sexo e as atitudes dos/as profissionais estão associados. O coeficiente de correlação de *Pearson* demonstra-nos que o sexo não covaria nem com os Direitos Sexuais ($r = -.02$, *ns*), nem com a Educação e Prevenção ($r = .14$, *ns*), nem com o Auto-Controlo ($r = .12$, *ns*). Assim, o sexo não está correlacionado com as atitudes dos/as profissionais relativamente à sexualidade das pessoas com diversidade funcional. Desta forma, a influência do sexo ao longo do tempo relatada por Pebdani (2016) é infirmada. Por outro lado, a perspetiva de Cuskelly e Bryde (2004) e de Gilmore e Chambers (2010) é corroborada, visto que estas autoras concluíram que o sexo não tem qualquer influência nas atitudes dos/as profissionais.

Podemos, desta maneira, afirmar que as Hipótese 2 e 4 foram confirmadas: Tanto a profissão como o nível educacional dos/as profissionais influenciam as suas atitudes relativamente à sexualidade de pessoas com diversidade funcional.

3.2.5. A existência de um familiar com deficiência como influenciadora.

O objetivo seguinte é verificar se a presença de um membro na família com deficiência intelectual vai alterar a maneira como os/as profissionais visualizam a sexualidade de outros/as deficientes intelectuais através da utilização de um T-Teste para amostras independentes.

Em relação aos Direitos Sexuais, o facto de ter, $M = 3.83$, $DP = .50$, ou não ter um familiar com deficiência intelectual não tem qualquer peso, $M = 3.94$, $DP = .56$; $t(208) = -.91$, $p = .37$.

Na Educação e Prevenção, a existência, $M = 4.06$, $DP = .41$, ou inexistência de um familiar deficiente também não tem efeito, $M = 3.95$, $DP = .55$; $t(43.86) = 1.23$, $p = .23$.

No Auto-Controlo também se verifica que ter um familiar com deficiência, $M = 3.24$, $DP = .71$, ou não ter não faz qualquer diferença nas atitudes dos/as profissionais, $M = 3.26$, $DP = .87$; $t(208) = -.15$, *ns*. Depreende-se assim que não existem diferenças significativas entre as atitudes de profissionais com um membro da família deficiente em comparação com as atitudes dos/as profissionais sem um familiar deficiente. Desta forma, podemos concluir que a Hipótese 5 foi refutada.

Assim, a referência de Pebdani (2016), que aponta para a natureza das relações com pessoas com diversidade funcional como tendo peso nas mudanças de posturas ao longo do tempo, é infirmada. No entanto, não é possível afirmá-lo com certezas, pois a autora profere que a existência de um membro da família direto com diversidade funcional influencia as atitudes de maneira positiva no que concerne ao auto-controlo a nível sexual, e neste estudo não é possível deduzir se os membros indicados pelos/as profissionais questionados/as são ou não diretos.

3.2.6. A formação em sexualidade como influenciadora.

O objetivo é, agora, verificar se profissionais com formação em sexualidade percecionam o percurso sexual de deficientes intelectuais de maneira desigual comparando com os sem formação. Compreende-se que existem diferenças significativas na média dos Direitos Sexuais no grupo que considera que a sua formação base contemplou conhecimentos na área da sexualidade, $M = 3.99$, $DP = .53$, e no grupo que considera o contrário, $M = 3.83$, $DP = .57$; $t(213) = 2.18$, $p = .03$, sendo que os primeiros possuem atitudes mais positivas; e na média da Educação e Prevenção, tanto no primeiro grupo, $M = 4.09$, $DP = .48$, como no segundo, $M = 3.81$, $DP = .55$; $t(213) = 3.91$, $p < .001$, com os primeiros a terem atitudes mais positivas.

Nas entrevistas não foi possível depreender esta informação, no entanto, um dos testemunhos relativos a este tema possibilita-nos a compreensão da atitude de alguns/algumas profissionais que não perspetivam com tanta abertura a sexualidade nos/as deficientes [“*Nas escolas, por exemplo, é um bocadinho mais difícil, até porque quando nós falamos nas escolas na masturbação na casa de banho os professores ficam a olhar*”

para nós, tipo «Qué? Mas vamos ter aqui jovens a masturbarem-se na casa de banho? Pouca vergonha é esta...?». Não compreendem tanto nem tão bem, nem estão tão abertos. E eu penso que isto tem a ver com mentalidades, porque a deficiência parece que ainda não tem direito à sexualidade que não passa só por isso, mas também passa por isso.” (P2)]. Assim, Cambridge e McCarthy (2007) vêm a sua teoria corroborada. Além disso, esta informação vai também ao encontro com Pebdani (2016), que enuncia que pessoas com formação em sexualidade têm uma atitude mais positiva relativamente aos Direitos Sexuais e à capacidade para serem pais.

Assim, pode confirmar-se a Hipótese 6, declarando-se que profissionais com formação em sexualidade visualizam a sexualidade de indivíduos com diversidade funcional de maneira díspar em relação aos restantes profissionais.

IV. Conclusão e Reflexões Finais

4.1. Considerações acerca dos Resultados Obtidos

O objetivo primário desta investigação residia na pergunta sobre quais as características pessoais (e.g., idade) de cada profissional – que esteja em contacto no seu emprego com sujeitos/as deficientes – para com a sexualidade de indivíduos com diversidade funcional. Tendo em conta as diversas e distintas conclusões dos vários estudos (e.g., Pebdani, 2016) já efetuados até à data, considerou-se fulcral atentar neste tema.

Tendo em conta os resultados obtidos, a primeira conclusão a que se chegou prende-se com o facto de, no geral, os/as profissionais visualizarem mais positivamente tópicos ligados à Educação e Prevenção, tais como a educação sexual, masturbação como forma aceitável de expressão sexual, decisão pessoal de esterilização e possibilidade de viver em relações heterossexuais satisfatórias; esta conclusão confirma, desta forma, alguns estudos já realizados neste âmbito (e.g., Murphy & Young, 2005). No entanto, os assuntos abordados nos dois fatores que foram melhor avaliados (Educação e Prevenção e Direitos Sexuais) são semelhantes, o que justifica assim a semelhança com que os/as profissionais questionados/as perspetivam cada um deles.

As conclusões seguintes prendem-se diretamente com a avaliação do efeito das características pessoais dos/as profissionais: primeiramente, o nível escolar tem o seu peso na maneira como cada um perspetiva a sexualidade de indivíduos com diversidade funcional, estando de acordo com a pesquisa efetuada por Murray e Minnes (1994). Ou seja, sujeitos/as com um nível escolar mais elevado têm atitudes mais positivas do que indivíduos com um nível escolar menos elevado, nos três fatores avaliados. Especificando esta temática, é possível declarar-se que os Técnicos Superiores (e.g., terapeuta ocupacional) são os/as profissionais que visualizam de maneira mais positiva esta realidade a todos os níveis. Acrescenta-se ainda que, tal como esperado, nos tópicos interligados aos Direitos Sexuais e à Educação e Prevenção, profissionais que julgam ter tido formação em sexualidade durante os seus estudos perspetivam a sexualidade dos/as deficientes de maneira mais afirmativa do que aqueles/as que declaram não ter tido formação aquando dos seus estudos, o que está de acordo com Pebdani (2016).

Por outro lado, tal como Pebdani (2016) previu, a idade dos/as funcionários/as das instituições com deficientes não tem qualquer peso na maneira como estes/as irão visualizar a sexualidade dos/as seus/suas utentes. Também o sexo e a presença de um familiar com deficiência não influenciam estas mesmas atitudes, algo que não se verificou na literatura efetuada.

A última conclusão a que se chegou relaciona-se com quais as características pessoais que melhor predizem as atitudes dos/as profissionais: estas são o grau de escolaridade e a profissão.

O desfecho desta pesquisa permitiu compreender diversos assuntos. A formação profissional parece ter um enorme peso na maneira como se visualiza a sexualidade, o que permitirá ou não observá-la com maior abertura. Tendo em conta que o grau de escolaridade e a profissão andam, normalmente, de mãos dadas, percebe-se assim que os conhecimentos adquiridos na teoria dos estudos e a prática profissional têm um papel fulcral neste ponto. Ainda interligada a este tópico vem a formação em sexualidade que, quando existente, parece também dar alguma perspetiva díspar aos/as profissionais, no sentido em que estão mais informados/as a esse nível e, consequentemente, mais compreensivos/as.

Por contradição, apesar de se presumir que o facto de ter um indivíduo na família iria alterar a maneira como os/as profissionais vêem a sexualidade dos/as deficientes, por se imaginar que a convivência iria alterar a visualização, percebe-se que este é um pensamento errado. Também se partia do princípio que indivíduos mais novos, devido a serem nascidos numa geração com uma mentalidade supostamente mais aberta, iriam ter uma perspetiva mais aberta acerca deste assunto, algo que não se verificou igualmente. Por fim, esperava-se ainda que as mulheres – que são normalmente vistas pela população em geral como mais compreensivas e meigas – seriam as mais positivas relativamente à sexualidade de indivíduos com diversidade funcional; através deste estudo, foi possível de perceber que não é o caso.

Desta forma, e tal como é frisado por Giulio (2003), o reconhecimento dos direitos de pessoas com diversidade funcional à sexualidade é cada vez maior. Este estudo demonstrou exatamente isso: que estes indivíduos, sendo eles seres sexuais, devem também ser vistos desta forma. E os/as profissionais questionados/as parecem compreendê-lo de forma aberta. No entanto, ainda há muito a fazer relativamente a este assunto, e estes/as profissionais devem também ter o direito a ter formação a este nível; não só eles/as, como os progenitores e a população em geral.

4.2. Limitações Metodológicas

Em termos metodológicos, o facto de a amostra ter sido recolhida de acordo com a conveniência da investigadora, a disponibilidade das instituições e um objetivo em específico, impossibilita a generalização dos resultados para a população em geral ou até mesmo para os/as profissionais destes locais em geral. Este estudo tem também uma perspetiva muito vasta, isto é, generaliza muito as deficiências existentes, o que dificulta bastante a resposta. Isto foi algo várias vezes apontado pelos/as profissionais questionados/as que declaram que responderiam de maneira diferente se se especificassem melhor os géneros de deficiência (e.g., profunda, leve). Ainda, o facto de se terem feito tanto questionários *online* como em papel poderá fazer diferença nas respostas devido ao conforto no tempo de resposta, apesar de muitos/as questionados/as terem tido a possibilidade de levar o questionário para casa (pois os questionários eram deixados nas instituições a cuidado de um responsável). No que concerne às entrevistas, estas poderiam ter sido melhor conseguidas caso a investigadora tivesse uma maior prática na área, alcançando assim respostas mais completas e explicativas dos temas em questão.

4.3. Sugestões para Futuras Investigações

Esta investigação poderá ser o começo de outros estudos. Para futuro, poderão replicar-se os métodos utilizados para os pais de indivíduos com diversidade funcional, para outros familiares, e até mesmo para a população em geral, tal como foi feito no questionário original, de Cuskelly e Bryde (2004). Além disso, sugere-se a validação do questionário para a população portuguesa.

No que concerne às características pessoais avaliadas, atentar noutras especificidades, como o estado civil ou a existência de filhos; e até mesmo acrescentar novas características, tais como a nacionalidade, por exemplo.

Sugere-se ainda a replicação deste estudo apenas com dados qualitativos, com o objetivo de perceber de forma mais íntima e sincera as atitudes dos/as profissionais, que sem terem anteriormente respondido a um questionário que abordava diferentes tópicos, poderiam responder de forma completamente dispar.

Referências Bibliográficas

- Aderemi, T. (2014). Teachers' perspectives on sexuality and sexuality education of learners with intellectual disabilities in Nigeria. *Sexuality & Disability*, 32(3), 247-258. doi: 10.1007/s11195-013-9307-7.
- Albuquerque, M. & Ramos, S. I. V. (2007). *A sexualidade na deficiência mental profunda – Um estudo descritivo sobre atitudes de pais e profissionais*. Acedido a maio 16, de 2017, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0367.pdf>.
- Almeida, P. A. P. F. P. C. (s.d.). A sexualidade na deficiência mental. *Caderno Educação Especial (Vinte Anos na ESEPF)*. Acedido a maio 16, de 2017, em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKewj23anFgPXTAhWHPxoKHXXEBKoQFgg6MAM&url=http%3A%2F%2Fvisita.esepf.pt%2Findex.php%2Fsabereducar%2Farticle%2Fdownload%2F96%2F65&usg=AFQjCNFujr_5g6Vco_Oo1Rmj1g24QndZlQ&sig2=tnh7Jg9A3YfdcA_ewDq1Yw.
- Anderson, P., & Kitchin, R. (2000). Disability, space and sexuality: Access to family planning services. *Social Science & Medicine*, 51(8), 1163-1173. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00019-8.
- Bernet, D. J. (2011). Sexuality and disability in the lives of women with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 29(2), 129-141. doi: 10.1007/s11195-010-9190-4.
- Block, P. (2000). Sexuality, fertility, and danger: Twentieth-century images of women with cognitive disabilities. *Sexuality and Disability*, 18(4), 239-254. doi: 10.1023/A:1005642226413.
- Brown, R. D., & Pirtle, T. (2008). Beliefs of professional and family caregivers about the sexuality of individuals with intellectual disabilities. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 8(1), 59-75. doi: 10.1080/14681810701811829.
- Cambridge, P., & McCarthy, M. (2007). Developing and implementing sexuality policy for a learning disability provider service. *Health and Social Care in the Community*, 5(4), 227-236. doi: 10.1111/j.1365-2524.1997.tb00118.x.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(3), 385-394. Acedido a junho 21, de 2016, em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10046/9783>.

- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: Análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 15(4), 679-684. doi: 10.1590/S0104-07072006000400017.
- Centers for Disease Control & Prevention. (2012). *Intellectual disabilities: Fact sheet*. Acedido a maio 22, de 2017, em http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/parents_pdfs/IntellectualDisability.pdf.
- Cole, S.S., & Cole, T.M. (1993). Sexuality, disability, and reproductive issues through the lifespan. *Sexuality and Disability*, 11(3), 189-205. doi: 10.1007/BF01102578.
- Chan, F., Tarvydas, V., Blalock, K., Strauser, D., & Atkins, B. J. (2009). Unifying and elevating rehabilitation counseling through model-driven, diversity-sensitive evidence-based practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52(2), 114-119. doi: 10.1177/0034355208323947.
- Cuskelly, M. & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(3), 255–264. doi: 10.1080/13668250412331285136.
- Cuskelly, M. & Gilmore, L. (2007). Attitudes to sexuality questionnaire (individuals with an intellectual disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32(3), 214–221. doi: 10.1080/13668250701549450.
- Davis, N. A. (2005). Invisible disability. *Symposium on Disability*, 116(1), 153–213. doi: 10.1086/453151.
- Denzin, N. K. (1984). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Diekema, D. S. (2003). Involuntary sterilization of persons with mental retardation: An ethical analysis. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 9(1), 21-26. doi: 10.1002/mrdd.10053.
- Dunn, K.M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (2000). Satisfaction in the Sex Life of a General Population Sample. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 141-151. doi: 10.1080/009262300278542.
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A., & Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability & Rehabilitation*, 32(14), 1148-1155. doi: 10.3109/09638280903419277.

- Evans, D. S., McGuire, B. E., Healy, E., & Carley, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: staff and family career perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(11), 913–921. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01202.x.
- Fernandes, M. I. N. B. (2014). *Vivência da sexualidade da pessoa com deficiência intelectual profunda: Perspectiva dos pais e profissionais* (Tese de Mestrado). Acedido a junho 14, de 2017, em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/28665/1/TESE%20Ines%20Boavida%20FINAL.pdf>.
- Galea, J., Butler, J., & Iacono, T. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(4), 350-365. doi: 10.1080/13668250400014517.
- Gilmore, L. & Chambers, B. (2010). Intellectual disability and sexuality: Attitudes of disability support staff and leisure industry employees. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 35(1), 22-28. doi: 10.3109/13668250903496344.
- Giulio, G. D. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: A review of key issues. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12(1), 53-68. Acedido a julho 6, de 2016, em <http://eds.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9300adcd-badb-4215-bdff-3d4282ed2dd4%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4108>.
- Given, L. M. (2008). *The SAGE encyclopedia of qualitative research of methods* (Vol. 1 & 2). USA: SAGE Publications, Inc.
- Groce, N. E., Rohleder, P., Eide, A. H., MacLachlan, M., Mall, S., & Swartz, L. (2013). HIV issues and people with disabilities: A review and agenda for research. *Social Science & Medicine*, 77, 31-40. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.10.024.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-209. .doi: 10.1590/S0102-37722006000200010.
- Hahn, H. (1981). The social component of sexuality and disability: Some problems and proposals. *Sexuality And Disability*, 4(4), 220-233. doi:10.1007/BF01103307.
- Hasson-Ohayon, I. Hertz, I. & Vilchinsky, N. (2014). Attitudes toward the sexuality of persons with physical versus psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 236-241. doi: 10.1037/a0035916.

- Healy, E., McGuire, B. E., Evans, D. S., & Carley, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: Service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(11), 905–912. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01203.x.
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925. doi: 10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x.
- Hingsburger, D. & Tough, S. (2002). Healthy sexuality: Attitudes, systems, and policies. *Research And Practice For Persons With Severe Disabilities*, 27(1), 8-17. doi: 10.2511/rpsd.27.1.8.
- Juergens, M. H., Miller-Smedema, S., & Berven, N. L. (2009). Willingness of graduate students in rehabilitation counseling to discuss sexuality with clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 53(1), 34-43. doi: 10.1177/0034355209340587.
- Kempton, W., & Kahn, E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and Disability*, 9(2), 93–111. doi: 10.1007/BF01101735.
- Konstantareas, M. M., & Lunsy, Y. J. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(4), 397–413 doi: 10.1023/A:1025805405188.
- Kreuter, M., Sullivan, M., & Siösteen, A. (1996). Sexual adjustment and quality of relationships in spinal paraplegia: A controlled study. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 77(6), 541-548. doi: 10.1016/S0003-9993(96)90292-0.
- Lofgren-Martenson, L. (2004). “May I?” About sexuality and love in the new generation with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 22(3), 197–207. doi: 10.1023/B:SEDI.0000039062.73691.cb.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística – com a utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabas, Lda.
- McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality & Disability*, 17(2), 157. doi: 10.1023/A:1021476418440.
- Meaney-Tavares, R., & Gavidia-Payne, S. (2012). Staff characteristics and attitudes towards the sexuality of people with intellectual disability. *Journal Of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 269-273. doi: 10.3109/13668250.2012.701005.
- Mona, L., Gardos, P., & Brown, R. (1994). Sexual self views of women with disabilities: the relationship among age-of-onset, nature of disability and sexual self-

- esteem. *Sexuality & Disability*, 12(4), 261-277. doi: 0146-1044/94/1200-0261\$07.00/0.
- Murray, J.L., & Minnes, P.M. (1994). Staff attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disability. *Australia & New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 19(1), 45 – 52. doi: 10.1111/j.1468-3148.1995.tb00164.x
- Murphy, N., & Young, P. C. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(9), 640-644. doi: 10.1017/S0012162205001258.
- Nelson, R. M., Botkin, J. R., Levetown, M., Moseley, K. L., Truman, J. T., Wilfond, B. S., Kazura, A., Bowes, Jr. W. A., Krug, E., Caniano, D. A., Donovan, G. K., Frader, J. E., & Davis D. S. (1999). Sterilization of minors with developmental disabilities. *Pediatrics*, 104(2), 337-340. doi: 10.1542/peds.104.2.337.
- Nosek, M., Foley, C., Hughes, R., & Howland, C. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality & Disability*, 19(3), 177-189. doi: 10.1023/A:1013152530758.
- Nunes, C. A. (2005). *Desvendando a sexualidade*. (7ª ed.). São Paulo: Papirus Editora.
- O'Callaghan, A. C., Murphy, G. H. (2007). Sexual relationships in adults with intellectual disabilities: understanding the law. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(3), 197–206. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00857.x
- Rubin, G. (1984). Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. *Gender and psychology*, 143-178. Acedido a 27 maio, de 2017, em <http://sites.middlebury.edu/sexandsociety/files/2015/01/Rubin-Thinking-Sex.pdf>.
- Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Moraitu, M., Tsimtsiou, Z., Konstantinidou, E., & Hatzichristou, D. (2008). Exploring sexual attitudes of students in health professions. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(6), 1308–1316. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00826.x.
- Parker, L. P. (2012). *High school counselors' attitudes toward the sexuality of students with intellectual disability* (Tese de Doutorado). Acedido a maio 9, de 2017, em http://acumen.lib.ua.edu/u0015/0000001/0001076/u0015_0000001_0001076.pdf.
- Parchomiuk, M. (2012). Specialists and sexuality of individuals with disability. *Sexuality & Disability*, 30(4), 407-419. doi: 10.1007/s11195-011-9249-x.
- Patston, P. (2007). Constructive functional diversity: A new paradigm beyond disability and impairment. *Disability & Rehabilitation*, 29(20-21), 1625-1633. doi: 10.1080/09638280701618778.

- Pebdani, R. N. (2016). Attitudes of group home employees towards the sexuality of individuals with intellectual disabilities. *Sexuality & Disability*, 34(3), 329-339. doi: 10.1007/s11195-016-9447-7.
- Povilaitienė, N., & Radzevičienė, L. (2015). Teachers' and parents' attitude to relevance of sexuality education of adolescents with mild intellectual disabilities. *Social Welfare Interdisciplinary Approach*, 5(2), 82-90. Acedido a maio 26, de 2017, em <http://socialwelfare.eu/index.php/sw/article/view/229/197>.
- Rohleder, P., & Swartz, L. (2009). Providing sex education to persons with learning disabilities in the era of HIV/AIDS: Tensions between discourses of human rights and restriction. *Journal of Health Psychology*, 14(4) 601–610. doi: 10.1177/1359105309103579.
- Rostosky, S. S., Dekhtyar, O., Cupp, P. K., & Anderman, E. M. (2008). Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: A possible clue to promoting sexual health?. *Journal of sex research*, 45(3), 277-286. doi: 10.1080/00224490802204480
- Saxe, A., & Flanagan, T. (2014). Factors that impact support workers' perceptions of the sexuality of adults with developmental disabilities: A quantitative analysis. *Sexuality & Disability*, 32(1), 45-63. doi: 10.1007/s11195-013-9314-8.
- Scotti, J.R., Slack, B.S., Bowman, M.A., & Morris, T.L. (1996). College students' attitudes concerning the sexuality of persons with mental retardation: Development of the perceptions of sexuality scale. *Sexuality and Disability*, 14(4), 249–263. doi: 10.1007/BF02590098.
- Smith, E. M., Johnson, S. R., & Guenther, S. M. (1985). Health care attitudes and experiences during gynecologic care among lesbians and bisexuals. *American Journal Of Public Health*, 75(9), 1085-1087. doi: 10.2105/AJPH.75.9.1085.
- Strauss, D. (1991). Biopsychosocial issues in sexuality with the neurologically impaired patient. *Sexuality and Disability*, 9(1), 49–67. doi: 10.1007/BF01101725.
- Taleporos, G., & McCabe, M. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality & Disability*, 20(3), 177-183. doi: 10.1023/A:1021493615456.
- Vansteenwegen A, Jans, I. & Revell A. (2003) Sexual experience of women with a physical disability: A comparative study. *Sexuality & Disability*, 21(4), 283-290. doi: 10.1023/B:SEDI.0000010070.46481.17.
- Waxman, B.F. (1991). Hatred: The unacknowledged dimension in violence against disabled people. *Sexuality and Disability*, 9(3), 185-199. doi: 10.1007/BF01102392.

- Wiegerink, D. G., Roebroek, M. E., Donkervoort, M., Stam, H. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Social and sexual relationships of adolescents and young adults with cerebral palsy: A review. *Clinical Rehabilitation*, 20(12), 1023-1031. doi: 10.1177/0269215506071275.
- Wolfe, P. S. (1997). The influence of personal values on issues of sexuality and disability. *Sexuality and Disability*, 15(2), 69-90. doi: 10.1023/A:1024731917753.
- World Health Organization. (1975). *Education and treatment in human sexuality: The training of health professional*. Acedido a maio 22, de 2017, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf.
- World Health Organization. (1980). *International classification of impairments disabilities and handicaps*. Acedido a junho 21, de 2016, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Acedido a junho 21, de 2016, em http://psychiatr.ru/download/1313?view=name=CF_18.pdf.
- Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research*. (3rd ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Young, R., Gore, N., & McCharthy, M. (2012). Staff attitudes towards sexuality in relation to gender of people with intellectual disability: A qualitative study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(4), 343-347. doi: 10.3109/13668250.2012.704983.

ANEXOS

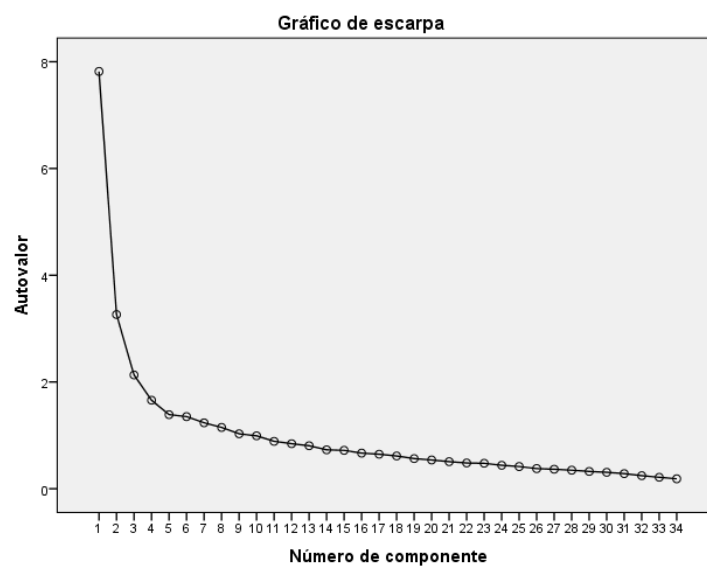
Anexo A: Tabela de variância total explicada obtida através da análise fatorial

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	% de		%	% de		%	% de		%
	Total	variância		Total	variância		Total	variância	
1	7,818	22,994	22,994	7,818	22,994	22,994	4,957	14,578	14,578
2	3,263	9,598	32,591	3,263	9,598	32,591	3,538	10,407	24,985
3	2,131	6,268	38,860	2,131	6,268	38,860	2,213	6,508	31,492
4	1,658	4,878	43,737	1,658	4,878	43,737	2,212	6,506	37,999
5	1,389	4,084	47,821	1,389	4,084	47,821	2,165	6,368	44,367
6	1,351	3,974	51,796	1,351	3,974	51,796	1,714	5,042	49,409
7	1,235	3,633	55,429	1,235	3,633	55,429	1,613	4,745	54,154
8	1,148	3,378	58,806	1,148	3,378	58,806	1,309	3,849	58,003
9	1,030	3,028	61,835	1,030	3,028	61,835	1,303	3,832	61,835
10	,991	2,916	64,750						
11	,888	2,612	67,363						
12	,844	2,482	69,845						
13	,805	2,369	72,214						
14	,729	2,144	74,358						
15	,719	2,115	76,473						
16	,667	1,961	78,434						
17	,647	1,903	80,336						
18	,613	1,804	82,140						
19	,564	1,660	83,800						
20	,539	1,585	85,385						
21	,508	1,493	86,878						
22	,482	1,417	88,295						
23	,476	1,401	89,696						
24	,439	1,292	90,988						
25	,415	1,222	92,210						
26	,377	1,109	93,319						
27	,365	1,074	94,393						
28	,347	1,021	95,414						
...									
33	,214	,630	99,452						
34	,186	,548	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Anexo B: Gráfico *scree plot* obtido através da análise fatorial



Anexo C: Resultados obtidos através da análise paralela

Monte Carlo PCA

File Edit

Monte Carlo PCA for Parallel Analysis

by Marley W. Watkins

Number of variables:

Number of subjects:

Number of replications:

07/04/2017 15:11:21
Number of variables: 34
Number of subjects: 217
Number of replications: 100

Eigenvalue #	Random Eigenvalue	Standard Dev
1	1,8380	,0626
2	1,7252	,0498
3	1,6437	,0417
4	1,5645	,0387
5	1,5020	,0317
6	1,4478	,0255
7	1,3928	,0288
8	1,3409	,0268

Calculate Print Clear Quit

Anexo D: Variância total explicada obtida através da análise fatorial

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	% de		%	% de		%	% de		%
	Total	variância	cumulativa	Total	variância	cumulativa	Total	variância	cumulativa
1	7,818	22,994	22,994	7,818	22,994	22,994	4,957	14,578	14,578
2	3,263	9,598	32,591	3,263	9,598	32,591	3,538	10,407	24,985
3	2,131	6,268	38,860	2,131	6,268	38,860	2,213	6,508	31,492
4	1,658	4,878	43,737	1,658	4,878	43,737	2,212	6,506	37,999
5	1,389	4,084	47,821	1,389	4,084	47,821	2,165	6,368	44,367
6	1,351	3,974	51,796	1,351	3,974	51,796	1,714	5,042	49,409
7	1,235	3,633	55,429	1,235	3,633	55,429	1,613	4,745	54,154
8	1,148	3,378	58,806	1,148	3,378	58,806	1,309	3,849	58,003
9	1,030	3,028	61,835	1,030	3,028	61,835	1,303	3,832	61,835
10	,991	2,916	64,750						
11	,888	2,612	67,363						
12	,844	2,482	69,845						
13	,805	2,369	72,214						
14	,729	2,144	74,358						
15	,719	2,115	76,473						
16	,667	1,961	78,434						
17	,647	1,903	80,336						
18	,613	1,804	82,140						
19	,564	1,660	83,800						
20	,539	1,585	85,385						
21	,508	1,493	86,878						
22	,482	1,417	88,295						
23	,476	1,401	89,696						
24	,439	1,292	90,988						
25	,415	1,222	92,210						
26	,377	1,109	93,319						
27	,365	1,074	94,393						
28	,347	1,021	95,414						
29	,324	,952	96,366						
30	,307	,902	97,269						
31	,284	,835	98,103						
32	,244	,719	98,822						
33	,214	,630	99,452						
34	,186	,548	100,000						

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Apêndice A: Questionário aplicado aos/às Profissionais



No âmbito da minha tese de mestrado peço a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Após o preenchimento do cabeçalho, encontrará uma série de frases nas quais deverá colocar um X na resposta que considerar mais apropriada.

Pede-se que responda de forma sincera, lembrando-se que não existem respostas certas ou erradas e que a confidencialidade e a anonimidade destas será conservada. Para qualquer dúvida, não hesite em contactar-me via *e-mail*, através do mipsi12105@fpce.up.pt.

Idade: _____ Sexo: F ☐ M ☐
Estado Civil: Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ou Divorciado/a ☐
União de Facto ☐ Viúvo ☐
Profissão: _____ Grau de Escolaridade: _____ Filhos: Sim ☐ Não ☐
Instituição: _____ Horas de contacto semanal: _____
Sexo do/a(s) filho/a(s): F ☐ M ☐
Familiar com deficiência intelectual: : Sim ☐ Não ☐
Idade do/a(s) filho/a(s): _____

1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo nem discordo;
4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente

1. Com o devido apoio, adultos com deficiência intelectual podem educar crianças ajustadas.	1	2	3	4	5
2. Adultos com deficiência mental devem ser autorizados a viver uma relação heterossexual por mútuo consentimento desde que não nasçam crianças indesejadas e que nenhum dos intervenientes seja prejudicado.	1	2	3	4	5
3. Adultos com deficiência intelectual devem ter a possibilidade de viver uma relação de homossexualidade caso ambos o queiram.	1	2	3	4	5
4. É preferível esperar que uma pessoa com deficiência intelectual levante questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ela.	1	2	3	4	5

5. Indivíduos com deficiência intelectual têm menos interesse em relações sexuais do que outros indivíduos.	1	2	3	4	5
6. Se as pessoas com deficiência intelectual se casam, devem ser proibidas por lei de ter filhos.	1	2	3	4	5
7. Adultos com deficiência intelectual devem ter a hipótese de se envolver em relações românticas não-sexuais.	1	2	3	4	5
8. A medicação deve ser utilizada como uma maneira de inibir os desejos sexuais em indivíduos com deficiência intelectual.	1	2	3	4	5
9. A masturbação deve ser desencorajada em sujeitos com deficiência intelectual.	1	2	3	4	5
10. Discussões acerca de relações sexuais promovem a promiscuidade em pessoas com deficiência intelectual.	1	2	3	4	5
11. Indivíduos com deficiência intelectual apenas devem ter a possibilidade de se casarem caso eles ou os seus companheiros tenham sido esterilizados.	1	2	3	4	5
12. A masturbação em privado feita por sujeitos com deficiência intelectual é uma maneira aceitável de se exprimirem sexualmente.	1	2	3	4	5
13. Pessoas com deficiência intelectual têm, normalmente, menos interesses sexuais que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
14. Habitualmente os sujeitos com deficiência intelectual são capazes de distinguir pensamentos sexuais de ações sexuais.	1	2	3	4	5
15. Um indivíduo com deficiência intelectual é incapaz de desenvolver e manter uma relação íntima e emocional com um companheiro.	1	2	3	4	5
16. Para pessoas com deficiências intelectuais, a educação sexual tem um papel muito importante em salvaguardá-las de sofrerem exploração sexual.	1	2	3	4	5
17. Geralmente, o comportamento sexual representa a maior área problemática na gestão e tratamento de adultos com deficiência intelectual.	1	2	3	4	5
18. Os indivíduos com deficiência intelectual devem ser autorizados a terem relações sexuais com consentimento mútuo.	1	2	3	4	5
19. <i>Hostels</i> ou residências privadas para sujeitos com deficiência intelectual devem ser ou só para mulheres ou só para homens, não mistos.	1	2	3	4	5
20. As equipas de cuidados devem desencorajar as pessoas com deficiência intelectual de terem filhos.	1	2	3	4	5
21. É melhor não se discutir assuntos de cariz sexual com sujeitos com deficiência intelectual que ainda não tenham atingido a puberdade.	1	2	3	4	5
22. Indivíduos com deficiência intelectual têm o direito de casar.	1	2	3	4	5
23. É uma boa ideia assegurar que a casa é um local privado para pessoa com deficiência intelectual se masturbar caso tenha necessidade.	1	2	3	4	5
24. Sempre que possível, os indivíduos com deficiência intelectual devem ser envolvidos na decisão acerca da sua possível esterilização.	1	2	3	4	5
25. Relações sexuais devem ser desencorajadas em sujeitos com deficiência intelectual.	1	2	3	4	5

26. Conselhos acerca da contraceção devem estar totalmente disponíveis para pessoas com deficiência intelectual nas quais o seu nível de desenvolvimento torne a atividade sexual possível.	1	2	3	4	5
27. Os sujeitos com deficiência intelectual são mais facilmente estimulados sexualmente que outros sujeitos.	1	2	3	4	5
28. O casamento entre adultos com deficiência intelectual não dá muitos problemas à sociedade.	1	2	3	4	5
29. A esterilização é uma prática desejada por indivíduos com deficiência intelectual.	1	2	3	4	5
30. A educação sexual para pessoas com deficiência intelectual deve ser obrigatória.	1	2	3	4	5
31. Nas aulas de educação sexual, a masturbação deve ser ensinada aos sujeitos com deficiência intelectual como uma forma aceitável de expressão sexual.	1	2	3	4	5
32. O casamento não deve ser encorajado como uma futura opção para indivíduos com deficiência intelectual.	1	2	3	4	5
33. Adultos com deficiência intelectual devem ter permissão para terem filhos no casamento.	1	2	3	4	5
34. Pessoas com deficiência intelectual têm sentimentos sexuais mais fortes que outras pessoas.	1	2	3	4	5
35. As suas atitudes face às manifestações sexuais das pessoas portadoras de deficiência intelectual, comparadas com as da maioria dos seus colegas, são mais abertas e tolerantes.	1	2	3	4	5
36. A sua formação de base contemplou a aquisição de conhecimentos e de competências no domínio da sexualidade.	1	2	3	4	5

Apêndice B: Protocolo do Guião da Entrevista

1ª Parte – Introdução

“Bom dia/Boa tarde. Primeiramente gostaria de lhe questionar se respondeu ao questionário que foi anteriormente entregue na instituição sobre este tema. Assim sendo, gostaria apenas de lhe pedir alguns dados sobre si, nomeadamente a sua idade, a sua profissão, as suas horas de trabalho semanais (aproximadamente), o seu estado civil, o seu nível escolar, se tem algum familiar com deficiência, se tem ou não filhos e, caso tenha, quais as idades dos mesmos.”

2ª Parte – Partilha de Opinião

“Tendo em conta que respondeu ao questionário, gostaria apenas de informá-lo(a) que esta entrevista rondará os mesmos temas, tendo como objetivo principal aprofundar a informação obtida. Podemos começar? Gostaria que me falasse daquilo que pensa acerca das relações afetivas, amorosas e sexuais de indivíduos com deficiência, da prevenção a nível sexual, da capacidade sexual destes sujeitos, dos seus direitos e dos comportamentos de cariz sexual. Caso considere necessário, posso repetir os tópicos quando precisar.” *(caso necessário, clarificar os tópicos)*

3ª Parte – Terminar a Entrevista

“Certo! Muito bem, creio que já falou um pouco de tudo e assim, temos a informação necessária. Agradeço-lhe imenso a sua participação!”

Apêndice C: Termo de Consentimento Informado



Entrevista Semiestruturada

A perspetiva dos/as profissionais relativamente à sexualidade de pessoas com diversidade funcional

Declaração de Consentimento Informado

Solicita-se a sua participação neste estudo, que tem como objetivo conhecer o que pensa e sente acerca da sexualidade nas pessoas com diversidade funcional, disponibilizando-se à resposta e gravação de uma entrevista. A sua colaboração é estritamente voluntária e a decisão de deixar de participar pode ser tomada em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si. As suas respostas à entrevista serão apenas utilizadas para fins de investigação, sendo garantido o total anonimato e a confidencialidade. Poderá, porém, solicitar o acesso aos resultados do estudo que vierem a ser publicados, através do mipsi12105@fpce.up.pt. A sua colaboração é de grande importância para o seguimento da pesquisa, pelo que desde já lhe agradecemos a sua disponibilidade.

A investigadora, _____

Eu, _____ (nome completo) declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo acima descrito e, tendo sido esclarecido/a sobre os aspetos que considero importantes para a minha colaboração, aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Fabiana Sá (Aluna da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto), orientado pela Professora Doutora Conceição Nogueira (Investigadora e Professora Associada da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde.

Assinatura

Data: __ / __ / __

Apêndice D: Dados sociodemográficos dos entrevistados²

Participante 1 [P1] – Terapeuta Ocupacional de 47 anos, casada e com licenciatura. Trabalha cerca de 45 horas semanais, tem familiar(es) com deficiência e tem dois/duas filhos(as) de 19 e 26 anos.

Participante 2 [P2] – Psicóloga de 29 anos, solteira e com Mestrado. Trabalha cerca de 35 horas semanais, não tem familiar(es) com deficiência e não tem filhos.

Participante 3 [P3] – Diretora Técnica de 50 anos que vive em união de facto e com Licenciatura. Trabalha cerca de 40 horas semanais, não tem familiar(es) com deficiência e tem um(a) filho(a) de 11 anos.

Participante 4 [P4] – Psicopedagoga de 36 anos, casada e com Pós-Graduação. Trabalha cerca de 35 horas semanais, tem familiar(es) com deficiência e dois/duas filhos/as, de 2 e 11 anos.

Participante 5 [P5] – Assistente Social de 49 anos, divorciada e com Licenciatura. Trabalha cerca de 35 horas semanais, não tem familiar(es) com deficiência e tem um(a) filho(a) de 18 anos.

Participante 6 [P6] – Psicólogo de 43 anos, casado e com Mestrado. Trabalha cerca de 35 horas semanais, não tem familiar(es) com deficiência e tem três filhos/as de 10, 8 e 6 anos.

Participante 7 [P7] – Auxiliar de Ação Direta de 40 anos que vive em união de facto e com o 12º ano de escolaridade. Trabalha cerca de 37 horas semanais, não tem familiar(es) com deficiência e tem um filho de 8 anos.

Participante 8 [P8] – Auxiliar de Ação Direta de 46 anos, casado e com o 12º ano de escolaridade. Trabalha cerca de 37 horas semanais, não tem familiar(es) com deficiência e tem duas filhas de 18 e 15 anos.

² As instituições foram ocultadas com o objetivo de assegurar o anonimato dos entrevistados.

Participante 9 [P9] – Auxiliar de Ação Direta de 31 anos, solteira e com o 12º ano de escolaridade. Trabalha cerca de 44 horas semanais, não tem familiar(es) com deficiência e não tem filhos.

Participante 10 [P10] – Auxiliar de Ação Direta de 44 anos, divorciada e com o 12º ano de escolaridade. Trabalha cerca de 37 horas semanais, tem familiar(es) com deficiência e tem uma filha de 24 anos.

Apêndice E: Sistema de Categorias e Definição Operacional

	Direitos Sexuais	Educação e Prevenção	Auto-Controlo Sexual	Formação em sexualidade e/ou deficiência
Participante 1	<p>“(…) Aquilo que nós tentamos fazer (…) é orientá-los de forma a eles não andarem especificamente e publicamente a fazerem o que querem, mas antes a terem os seus momentos de privacidade. Claro que na (…) é complicado, mesmo alguns deles gostam de se masturbar e têm horários para isso, nós ensinamo-los a fazerem-no na casa de banho e longe dos olhares dos colegas. Se eu acho bem, toda a gente tem direito à sua sexualidade, não são eles por serem deficientes mentais que têm menos direitos do que os outros.”</p>	<p>“Se um jovem tem necessidades sexuais, deve ser informado à família, deve ser explicado à família – isto no meu entender, como é evidente –, deve ser explicado à família e eles devem ser ensinados, porque senão facilmente são prostituídos, são abusados, são violados, tudo isso.”;</p> <p>“Aquilo que nós tentamos é: nós temos aqui apoio parental, em que fazemos ensinamento às famílias por causa da sexualidade, nós tentamos trabalhar mesmo os jovens na parte da sua sexualidade; (…) Portanto o nosso papel aqui é de informação, é de ensinar, é de orientar...”;</p> <p>“Porque é que nós aqui temos a tendência de orientar o menino com a menina e nunca a homossexualidade? (…) Porque eles saem daqui, aqui estão muito condicionados e são muito orientados e estão muito protegidos. Lá fora não é bem assim, e infelizmente lá</p>	<p>“Se eles têm necessidades mais que os outros? Não, têm as mesmas necessidades que os outros, nós regemo-nos por regras que eles não concordam, não reconhecem porque não conhecem: Alguns por incompetência ou por incapacidade de acordo como seu nível de deficiência. E isto é sempre muito abrangente porque quando se fala de um jovem com deficiência mental ligeira é uma coisa, quando se fala com deficiência mental grave, é outra... Ou profunda.”;</p> <p>“Aquilo que eu acho é que muitos deles agem por prazer e não por “certo”, “errado”, são completamente isentos de <i>tabus</i>: Portanto se lhe dá prazer, fazem e não têm a noção onde e como”</p>	<p>“(…) muitas vezes podem ser ridicularizados pelos próprios colegas ou por terceiros que não tenham formação e que saibam...”</p>

		<p>fora vê-se coisas... Horrendas, ‘tá bem? Em termos de abusos sexuais a deficientes. E nesse sentido, nós tentamos orientar para o que é correto ou mais correto socialmente, por uma questão de proteção, não é por uma questão de desejo, não é por uma questão de orientação. É de proteção aos próprios contra terceiros.”;</p> <p>“Exatamente, é isso que nós fazemos: a prevenção através do ensino da sexualidade”;</p> <p>“(…) é uma questão de tentar os proteger do que acontece lá fora e mesmo a eles próprios na relação do que querem: «O que é que eu quero? O que é que eu preciso? O que é que eu gosto? O que é que eu necessito? Quais são as minhas ansiedades? Quais são os meus desejos?». Esta é a nossa forma de prevenção.”</p>		
Participante 2	“(…) independentemente de termos um jovem com deficiência intelectual, ele terá direito a ter contato com o	“(…) isso é feito nas escolas, isso é feito por nós – pelos psicólogos –, penso que deveria ser feito pelos pais, sendo que os	“Sendo que nos jovens com deficiência intelectual ligeira eles exprimem muito mais essa vontade,	“Nas escolas, por exemplo, é um bocadinho mais difícil, até porque quando nós falamos nas escolas

	<p>outro ou com outra de forma à partilha de afeto, de carinho e até de relações sexuais.”;</p> <p>“Eles são pessoas como nós. Infelizmente nasceram com deficiência intelectual, com outros problemas, até multideficiência. Mas para mim têm todo o direito. Quer dizer, falaríamos de cidadania, e de igualdade de direitos, e eles para mim têm, sem dúvida.”;</p> <p>“Mas sim, devem-se masturbar quando nós não vemos, essas coisas, não é? E o que é eu penso sobre isso? Eu concordo, claro que sim. Claro, então, porque não? Desde que seja de forma responsável, desde que seja no sítio correto, eu ensino os jovens a tocarem-se, a masturbarem-se... Como é que hão-de fazê-lo, eles não sabem.”;</p> <p>“Se têm direito a ter filhos? Para mim têm, agora claro que precisam de uma grande retaguarda, e a ajuda...”;</p>	<p>pais têm muita relutância em falar de sexualidade.”;</p> <p>“Acho que os pais deviam ter um papel muito mais interventivo e que não têm, exatamente por ser <i>tabu</i>. «O meu filho é deficiente e portanto não precisa de nada disso», e não é verdade, ele precisa de afeto, ele precisa de carinho... (...) Por isso eu acho que os pais teriam que ter um papel muito mais ativo. Depois claro, ensinar-lhes, aí, prevenção a nível sexual. Aí já estamos a falar realmente no ato sexual, deveríamos, sim, ensinar-lhes como fazer e a forma mais correta de o fazer. (...) Claro que é muito mais difícil, porque nós claro que ensinamos que devem utilizar o preservativo não só por causa da gravidez mas por causa das doenças... Até porque a troca de parceiros é muito mais fácil... (...) Supostamente eles não se ligam tanto a uma pessoa como nós, quando começamos a namorar – sei lá – o objetivo é perdurar aquela relação. Bem,</p>	<p>muito mais – não do que nós –, essa ideia é errada e isso é um mito, que os jovens com deficiência intelectual têm mais necessidades sexuais do que os ditos normais. Isso é mentira. A única diferença que existe entre eles e nós, é que nós temos a capacidade de regular isso, e temos lá o botão – porque se nos apetecer fazer qualquer coisa, nós ligamos, não podemos fazer em qualquer lado, nem ter determinadas atitudes em determinados locais – eles não conseguem muito bem medir isso e portanto mostram-no de uma forma muito mais... Opá, em público, seja lá onde for, pronto.”</p> <p>“Eles provavelmente aquilo que acontece mais é masturbação, que podem, que devem... No sítio indicado, como é óbvio. Temos outros, que sim, que também o fazem, até se calhar com pessoas do</p>	<p>na masturbação na casa de banho os professores ficam a olhar para nós, tipo «Quê? Mas vamos ter aqui jovens a masturbarem-se na casa de banho? Pouca vergonha é esta...?». Não compreendem tanto nem tão bem, nem estão tão abertos. E eu penso que isto tem a ver com mentalidades, porque a deficiência parece que ainda não tem direito à sexualidade que não passa só por isso, mas também passa por isso.”</p>
--	--	---	--	--

	<p>“(…) a sexualidade é super importante, é um direito de qualquer ser humano, mas dependendo da capacidade intelectual deles, das capacidades motoras, porque nós podemos ir muito mais longe e falarmos de um tetraplégico que não tem uma deficiência mental mas é deficiente.”</p>	<p>no dia a seguir, se eles se apaixonarem por outra, será com outra, ‘né? Se tiverem relações sexuais com cada uma, convém estarem protegidos, pelas doenças...”</p>	<p>mesmo sexo, e se calhar mais os homens. Porque, não sei, é mais por instinto, é uma coisa completamente física, e havendo consenso, eles arranjam o parceiro que sabem que vai consentir com aquilo. Não interessa quem é, interessa que consinta, percebes?”;</p> <p>“Em casa convém que seja na casa de banho, no quarto, num sítio em privado. Isso é uma coisa que nós insistimos imenso! Que é a intimidade, é uma coisa muito nossa, o nosso corpo, é o respeito por nós, é o respeito pelos outros...”</p>	
<p>Participante 3</p>	<p>“É assim, eu sou apologista e defendo que este tipo de população tem direito à sua sexualidade e portanto o meu comportamento pauta-se por isso, eu respeito. E quando eu falo das questões sexuais, falo nas questões ao nível tanto da heterossexualidade como da homossexualidade, sendo</p>	<p>“Mas os modelos não somos nós, são os pais: Os pais é que autorizam, os pais é que não autorizam, os pais é que levam, ou que não levam. Portanto, a abordagem da questão da sexualidade com os pais é sempre muito difícil e tem que ser sempre muito bem delineada, tendo em conta o interlocutor que temos</p>	<p>“(…) aqui os comportamentos têm de ser vigiados, ponto. Ok? A masturbação em privado para mim, pacífico. Nem é questionável, sequer. Não incomoda ninguém, é uma situação de prazer.”</p>	

	<p>certo que muitas vezes estes jovens os contactos que têm são mais até ao nível homossexual que ao heterossexual. (...) É óbvio e evidente que estamos a falar no tipo de deficiência que com algum tipo de vigilância consegue manter um relacionamento, depois há as outras que são as multideficiências, que aí é um outro tipo de situação, apesar de eu achar que eles também têm direito à sexualidade deles. ”</p>	<p>à nossa frente.”</p>		
<p>Participante 4</p>	<p>“(…) eles têm na mesma direito a ter a sua afetividade, a sua sexualidade, porque têm, não é? E muitas vezes o facto de não a poderem ter de uma forma mais aberta também os torna mais agressivos, andam mais aborrecidos... Como as pessoas normais, pronto. Acho que não é por aí. Claro que existe um <i>tabu</i> muito grande e as pessoas acham que eles são assexuados, pronto. (...) Em termos afetivos, acho que têm o</p>		<p>“É mais no sentido de os orientar, porque muitas vezes é um desejo, eles têm uma necessidade e têm que satisfazê-la, e como não têm barreira, satisfazem na hora, pronto. Muitos tem que se ter essa atenção.”;</p> <p>“Eu acho que eles têm de ser controlados sim, porque muitas vezes a sua parte cognitiva não os permite saber como fazer da melhor forma e em termos públicos podem</p>	

	<p>direito de mostrar a sua afetividade como as outras pessoas. (...) Mas penso que eles têm direito a ter sexualidade e uma vida afetiva normal: namorar, pronto... Em termos de deficiências mais ligeiras, o casar, o viver juntos... Desde que sejam acompanhados, e devem ser sinalizados nesse sentido, de serem acompanhados.”</p>		<p>ter algumas demonstrações mais evidentes, em termos sexuais.”</p>	
<p>Participante 5</p>	<p>“(…) namoram sim, a paixão sim, e acho que eles têm direito a isso tudo, como é óbvio.”</p>	<p>“(…) mas deve também haver de alguma forma educação sexual, para que sejam mais ajustados, mais adequados, em novas situações.”;</p> <p>“Relativamente aos métodos contracepcionais devem ser informados sobre isso, devem-se dar todas as indicações, devem ir a consultas...”</p> <p>“Temos o psicólogo que fala com eles sobre esses assuntos, que lhes explica. Eu também, se for preciso, eu sou assistente social mas sempre que necessário faço isso com eles e com as famílias, e depois temos a enfermeira</p>	<p>“Agora têm que ser orientados, não é? Porque depois também são aquelas questões que é muito inato, não é, sem filtros muitas vezes, mas essencialmente é isso.”;</p> <p>“Normal, acho absolutamente normal. Eles também são todos muito jovens, portanto eles estão naquela fase da adolescência, a maior parte deles. Talvez uma adolescência tardia: Mas acho absolutamente normal, não é?”</p> <p><i>(sobre os comportamentos de cariz sexual)</i></p>	

		(...) e temos preservativos, pronto, com algumas indicações explicamos-lhes isto... Já fizemos sessões também sobre a sexualidade, vieram cá pessoas falar sobre a sexualidade, sobre a homossexualidade...”		
Participante 6	<p>“E eu pessoalmente acho que nós não podemos por princípio negar a eles o enamoramento e a sexualidade, às pessoas com deficiência. Acho que eles têm esse direito, não é? Podemos facilitar que essa vivência seja saudável para elas e enriquecedora, e não seja uma coisa traumática ou frustrante, salvaguardando cada caso. (...) Portanto e eu sou apologista que essas pessoas têm esse direito.”;</p> <p>“Direito a namorar, direito aos afetos, é fundamental. A questão do ter filhos, eu não me choca, porque um pai e uma mãe de uma pessoa com deficiência, até o próprio técnico tenta sensibilizar a outra pessoa que não será indicado, também depende do</p>	<p>“E muitas vezes o que pode fazer a diferença para isso poder ser possível é haver ou aconselhamento técnico ou haver familiares que muitas vezes são determinantes para no fundo darem uma ajuda nessas relações e aconselhar, em digamos, tanto cada um deles nos problemas que possam surgir na relação ou na exigência dessa relação”;</p> <p>“Normalmente o que faz diferença nem são os apoios institucionais, são apoios familiares, muitas vezes. Os pais, ou um pai, ou uma mãe, ou de um lado, dos dois lados, dão apoio para essas pessoas viverem juntas, e organizarem a sua vida, ou viverem com essa pessoa.”;</p> <p>“(…) há áreas em que eles se tornam mais vulneráveis, como a questão do</p>	<p>“Se formos a comparar, a maior parte dos jovens na adolescência também têm dificuldades em estabelecer limites: Aqui também é a mesma coisa. Muitas vezes eles estão agarrados e não sei quê... E quê... «Alto!», não é para fazer isso à frente dos colegas.”</p>	

	<p>tipo de deficiência. (...) Agora a sociedade impor que não pode ter, isso eu acho que não está de acordo com os meus princípios morais.”</p>	<p>abuso, nas abordagens na rua, de serem mais ingênuos e crédulos. Portanto alguém que pudesse aproveitar de sentimentos que eles tenham de atração que são normais aos outros, e só o facto de alguém se interessar por eles, ser agradável com eles, parecer uma pessoa muito querida e dar-lhes coisas, isso pode ser, digamos, o despoletar, uma relação não protegida, uma relação traumatizante, lá no fundo.”;</p> <p>“No fundo é dar informação, não promover a sexualidade, que «vocês devem ter relações sexuais», dizer que isso existe e explicar as coisas como elas são. No sentido que uma pessoa que tem conhecimento, à partida comete menos erros e está mais preparada. E naquelas coisas que são mais até do domínio relacional e dos sentimentos, o saber respeitar o outro, o que funciona numa relação, saber comunicar com o outro, o ter comportamentos em público ajustados para não chocar a sociedade”;</p>		
--	---	--	--	--

		<p>“Portanto, há aí digamos um profissional ou alguém que trabalhe com eles, o educador, tem de perceber «Isto é útil para a pessoa? Isto no futuro pode ser útil? A pessoa vai perceber o que é que eu estou lhe a dizer?». Mesmo por exemplo coisas muito privadas como a masturbação”;</p> <p>“Como se fala agora em educação sexual precocemente, aqui só uma pequena ressalva, que é: também perceber que se a pessoa não vai estar preparada para receber essa informação, não deve ser, portanto é escolhido o momento certo, que não há um momento certo para as pessoas sem debilidade intelectual.”;</p> <p>“Agora são os pais que têm formação ou dão poucas coisas, mas cada vez eu acho que há menos medo em relação a isso, nas pessoas com maiores capacidades. E nós temos jovens aqui que há pais que não estabelecem uma barreira que «a minha filha vai casar/o meu filho vai casar», não põem as coisas assim nesse</p>		
--	--	---	--	--

		ponto, porque apesar de reconhecerem que são pessoas especiais, também reconhecem que têm esse direito, essa aspiração, e que podem até conseguir chegar lá a ter uma vivência saudável.”		
Participante 7	“(…) eu sou completamente a favor: Quer dos relacionamentos, quer de um relacionamento mais sério que depois envolva uma relação sexual, eu sou a favor. E acho que todas as pessoas têm direito a isso.”	“(…) tem que haver uma orientação mais específica, um acompanhamento, não quer que não possam fazer, não é isso, mas já envolve outras pessoas por trás, se calhar...”; “Ajuda médica, contraceptivos. Eu sou completamente a favor.”	“(…) toda a gente tem direito. Mas nem toda a gente tem a capacidade de saber o que é certo, o que não é certo, como o fazer, com quem fazer, pronto isto aqui há diferenças, como é óbvio. Porque as pessoas como é com défice intelectual acentuado, isso aí já são situações um bocadinho à parte, não é?”; “Agora uma pessoa com deficiência, mas com as capacidades intelectuais, tem capacidade para saber o que quer, com quem quer, como é que tem de fazer, o que é que tem de fazer, o que é que tem de procurar, para pronto...”	
Participante	“Eu acho que devem ter <i>(relações</i>	“E por acaso custa ver que não há da	“Mas a nível de homens é evidente	

8	<p><i>afetivas, amorosas e sexuais</i>). Agora depende. Se calhar nem todos estão preparados para isso. Depende também da capacidade que possam ter.”;</p> <p>“Ver a situação, se efetivamente podem ou não podem, se é possível se não é possível, porque aqui existir existe, mas às vezes é um bocado complicado pela logística em si, porque não há cama de casal, tem que se juntar duas camas, e às vezes aquilo não dá muito jeito.”;</p> <p>“Eu acho que têm esse direito, mas não sei... Se for aqui, há pessoas que não concordam com ajudar, ajudar quê? Ajudar a ficarem na cama, despi-los, ficarem juntos... Pronto, não encaram muito bem. Sei que há outras pessoas que encaram: Eu encaro. Mas eu acho que têm esse direito.”</p>	<p>parte da família abertura para essa situação. Isso é que me custa. E é aborrecido. Eles pensam tanto naquilo, às vezes sonham com aquelas coisas todas e da parte da família não há abertura porque eles também têm medo de falar ou se calhar já falaram e disseram que não”;</p> <p>“A nível de pílula e depois é a situação do preservativo.”;</p> <p>“E depois temos também o psicólogo que tem algumas reuniões, falam sobre essas coisas. Como é que é, e como é que não é”</p>	<p>que eles são homens, têm sentimentos, têm desejos, passa muito também por isso. Eles olham para quem aparece, olham para quem lhes trata deles, mas é com todo o respeito. Nunca vi ninguém... Há uma brincadeira ou outra, aquelas chamadas bocas e tudo. Ah, e tal... Mas isso também faz parte para eles também ficarem um bocado mais à vontade. Mas a nível de comportamentos acho que não há assim um comportamento diferente de outros lados. Acho que o comportamento deles, acho que é correto. (...) Acho que eles, acho que eles aquilo passa muito é pelo desejo, depois o concretizar é que é mais complicado. Mas a nível de comportamentos acho que está tudo bem. Nunca vi nada assim fora de normal, nem nada! Acho que está tudo correto.”</p>	
Participante	“Depende, na minha opinião, depende	“Contraceção? Alguns, alguns quando	“No geral todos eles preservam	

9	<p>principalmente do grau de deficiência. Se é mais profunda, se é mais leve... De resto acho que qualquer um deles tem todo o direito de usufruir de uma sexualidade e de viver uma sexualidade que seja de acordo com as suas próprias expectativas.”;</p> <p>“Acho que nas pessoas com deficiência mental que tenham, que seja mais profunda, que não tenham tanta capacidade de discernir as situações, acho que deverão ser mais acompanhados, mais orientados, e deverá ter-se um maior cuidado. Mas sim, eu acho que sim, que podem desde que lhes seja explicado... Acho que sim, porque podem e devem usufruir principalmente da parte afetiva, e da sexual também desde que assim o entendam.”</p>	decidem ter uma vida sexual ativa, ou quando assim o entenderem, sim.”	bastante a intimidade. Alguns são mais, portanto, exteriorizam mais, mas no geral acho que têm uma conduta perfeitamente normal.”	
Participante 10	<p>“É que é tão importante como a higiene e a alimentação.”;</p> <p>“Acho que devem ser é mais apoiadas nesse sentido.”;</p>	“Mais apoio a nível psicológico porque eles também precisam mais isso, não é só... (...) deveria ter uma pessoa que os ajudasse, muitos deles não conseguem...	“Ou seja, todos eles têm desejo sexual na vida deles, como é óbvio. E onde é que... O que é que eles fazem para? Eles não têm muita	

	<p>“É assim, eles têm direito à sexualidade e ela é proporcionada para. (...) Eles têm direito, e é-lhe proporcionado para, mas motor, a nível motor/físico eles não conseguem.”</p>	<p>Fazer a vida sexual deles.”; “São acompanhados pelo médico”</p>	<p>facilidade para ir a lado nenhum, até porque a gente sabe que a prostituição é ilegal, mas muitas vezes as pessoas recorrem a isso... E eles não têm nem à-vontade, nem autonomia para ir sozinhos.”; “Por isso não... o comportamento deles é... E mesmo que às vezes se diga que este fim-de-semana e qualquer coisa, não... Não dá. É normal. Não há qualquer... Agora o comportamento dos outros que não têm namoradas, o comportamento é muito excessivo em querer e não conseguir, a ir a lado nenhum, por exemplo. A ir. Porque vir cá não é possível, não é?”</p>	
--	--	---	---	--